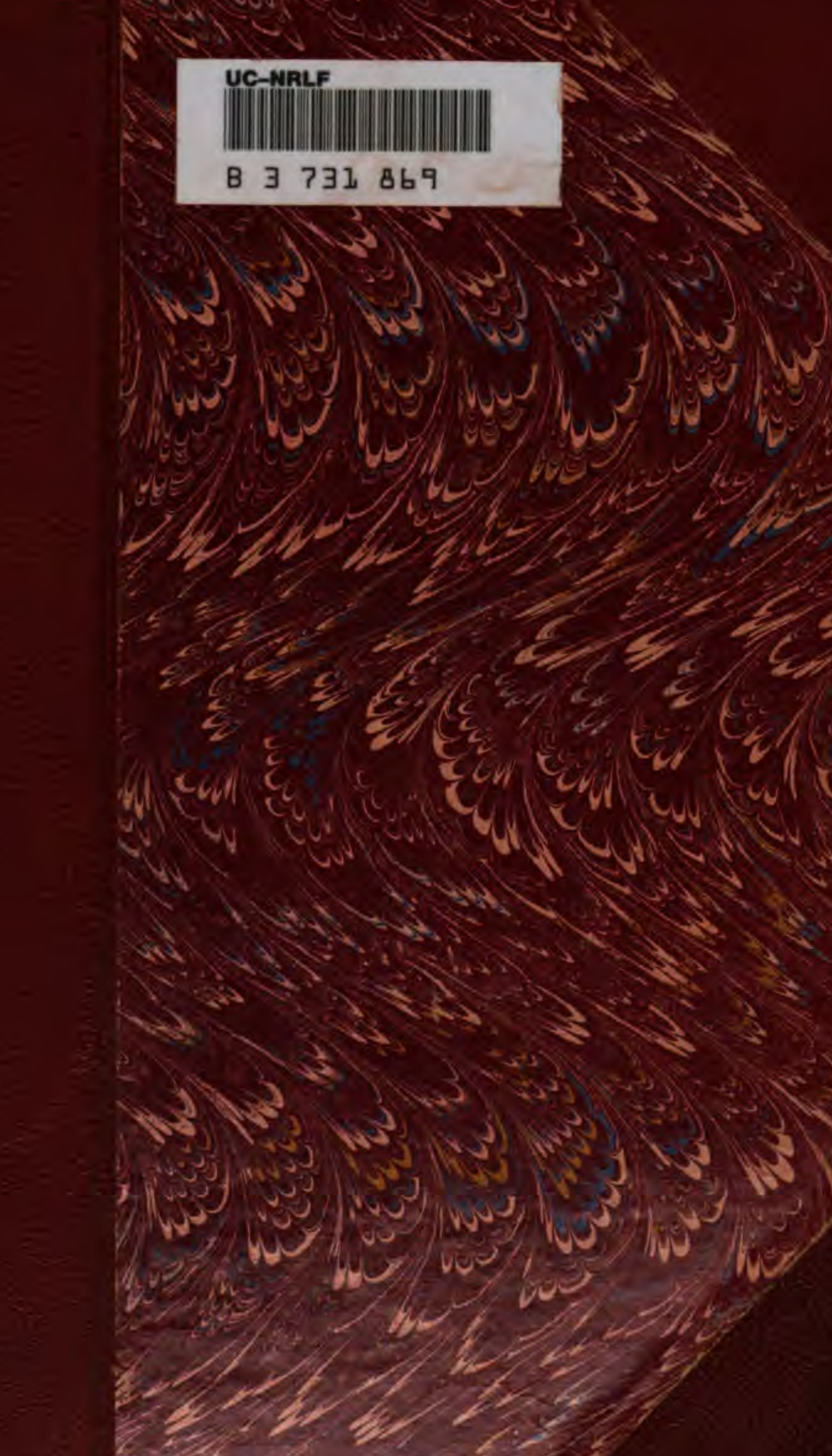
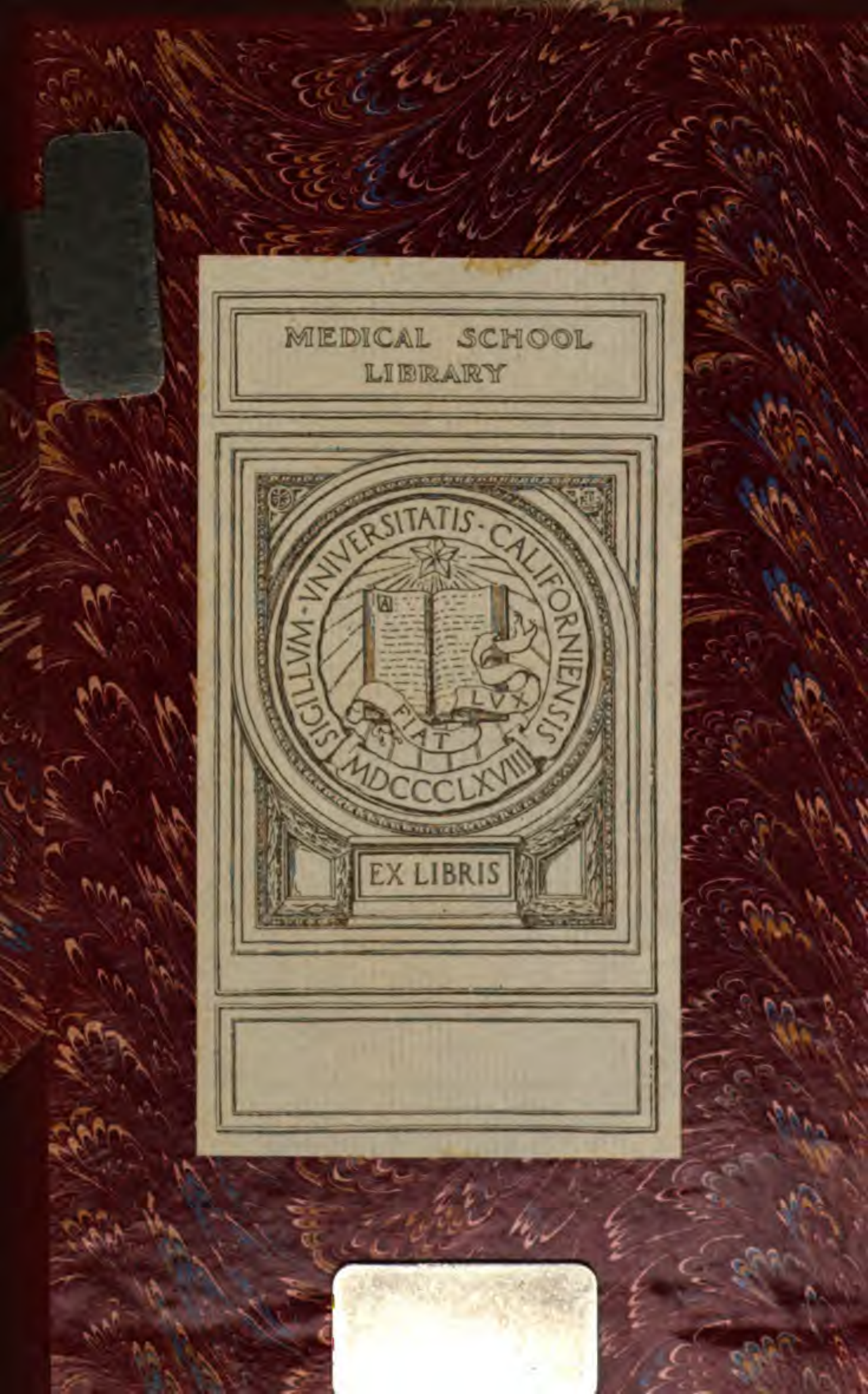
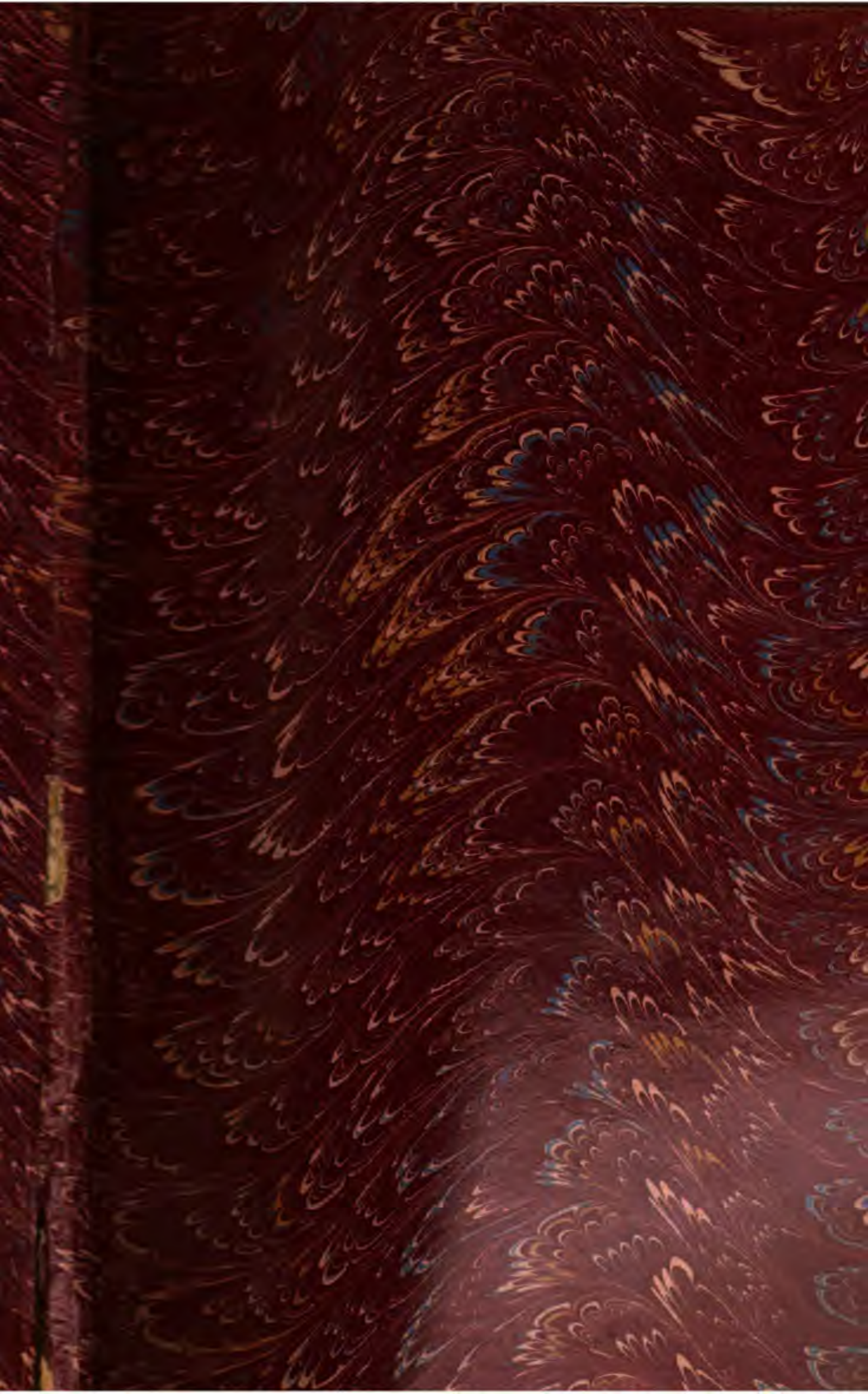

UC-NRLF
B 3 731 869


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

III

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

L'*Encéphale* a commencé à paraître en Janvier 1881.

A partir du 1er Janvier 1883, l'*Encéphale* est publié tous les deux mois.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris : 20 francs. — Départements : 22 francs
Union postale, 1re zone. . . 24 francs
— 2e zone. . . 25 —

Pour tout ce qui concerne la Rédaction et les échanges, s'adresser à M. le Dr Ch. Vallon, asile Sainte-Anne, rue Cabanis.

Saint-Quentin. — Imprimerie Jules Moureau et Fils.

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

SOUS LA DIRECTION DE MM.

B. BALL,
Professeur de clinique, de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, médecin des hôpitaux.

J. LUYS,
Membre de l'Académie de médecine, Médecin de la Salpêtrière.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : CHARLES VALLON.

Troisième année. — N° 1. — Janvier 1883.

Avec deux planches en photoglypties.



PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
Rue Hautefeuille, 19, près le boulevard St-Germain.

LONDRES. — BAILLIÈRE, TINDALL AND COX
20, King William Street, Strand.

MADRID. — CARLOS BAILLY-BAILLIÈRE
8, plaza Topete.

1883

# L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

LES FRONTIÈRES DE LA FOLIE

par M. le Dr BALL,

Professeur à la Faculté de Médecine.

Leçon d'ouverture du cours de clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne (19 *novembre* 1882).

MESSIEURS,

Dans le cours des trois années qui viennent de s'écouler, nous avons parcouru dans tous les sens le domaine de l'aliénation mentale, et il est peu de points que nous ayons laissé inexplorés.

Et cependant il est une vaste province, qui nous est restée à peu près inconnue, et dont nous avons à peine entrevu de loin les contours; je veux parler de la zone frontière qui s'étend entre la raison et la folie.

Pour le public, ou plus exactement pour les profanes qui n'ont jamais franchi le seuil du temple, je veux dire le seuil d'un asile d'aliénés, il semble qu'une ligne mathématique sépare les deux états; vérité en déçà, erreur au delà; d'un côté la folie, de

l'autre le bon sens; en d'autres termes, *on est fou ou on ne l'est pas;* ces idées parfaitement simples, mais absolument fausses, sont faites pour plaire aux esprits qui ne voient qu'un seul côté des choses. Aussi comprend-on sans peine la faveur dont elles jouissent, et l'empire qu'elles exercent. C'est en s'inspirant de ces notions vulgaires, qu'un illustre orateur disait autrefois, qu'il suffisait d'une conversation d'un quart d'heure avec un homme, pour savoir s'il était aliéné ou sain d'esprit.

Pérmettez-moi, messieurs, de vous rappeler à cette occasion un souvenir historique. Il y a près d'un demi-siècle, que le lieutenant général comte de La Rue fut chargé par le roi Louis Philippe, de négocier un traité avec le Maroc, pour délimiter les frontières occidentales de l'Algérie. On traça une ligne qui partait de la Méditerranée pour s'enfoncer dans l'intérieur des terres: mais à partir d'un point donné, on laissa d'un commun accord, la frontière indécise parce que, disaient les Marocains, il n'y avait au delà qu'un désert inhabité. L'astuce des Musulmans avait triomphé de l'intelligence du négociateur français, car nous savons aujourd'hui que sur ce territoire soi-disant inhabité, il existe une population de six cent mille âmes.

Il en est de même de cette région située à la frontière de la raison et de la folie, que l'on croit habituellement déserte, et qui renferme non pas six cent mille, mais plusieurs millions d'habitants. C'est au sein de cette intéressante population que je voudrais vous conduire, pour en étudier la physionomie, en examiner les mœurs et en apprécier les caractères.

Messieurs, le proverbe espagnol dit:

De medico, poeta y loco,
Todos tenemos un poco.

« Du médecin, du poète et du fou, tous nous tenons un peu. »

Il est en effet bien peu d'hommes qui puissent se vanter d'avoir suivi pendant toute leur vie, une ligne parfaitement droite, et d'avoir eu toujours une conduite parfaitement raisonnable.

L'ingénieux poète qui nous a raconté les fureurs de Roland, nous montre le paladin Astolphe transporté par une faveur spéciale dans la Lune (où se trouve, comme on sait, la raison des *lunatiques*) pour aller y chercher la raison de son illustre cousin, et la rapporter sur terre. Il est reçu en arrivant, par un vénérable vieillard, qui n'est autre que l'apôtre saint Jean, et qui après lui avoir fait les honneurs du pays, le conduit dans une sorte de magasin ou de pharmacie où se trouvent rangées par ordre, des fioles innombrables dont chacune renferme la raison de quelque mortel qui se promène ici-bas, et porte une étiquette indiquant le nom de son légitime propriétaire. En cherchant la raison de Roland, Astolphe est surpris et même scandalisé de trouver une bouteille qui porte cette étiquette ; *Raison d'Astolphe*. « Comment ! s'écrie-t-il, mais je ne suis pas fou ! je sens parfaitement que j'ai mon bon sens. » — Calmez-vous, » lui dit le saint apôtre, « et puisque la providence vous favorise, ouvrez cette bouteille pour en respirer le contenu. » — Astolphe obéit, et à peine avait-il repris sa raison, qu'il s'aperçut que pendant toute son existence il n'avait fait que des folies.

Mais les folies de ce genre sont du domaine du moraliste, et c'est en médecin que je veux vous parler.

Je me propose de vous démontrer que parmi les concitoyens que nous rencontrons tous les jours, et que nous coudoyons à chaque instant sur la place

publique, il en est un bon nombre qui, jugés d'après les règles ordinaires du diagnostic, pourraient très justement passer pour fous : et cependant à aucune époque de leur vie, il n'eût été légitime de les enfermer.

Pour procéder par ordre, et introduire quelque clarté dans le sujet, il faut établir, dans ce vaste territoire, quelques départements, et signaler quelques-unes des catégories, dans lesquelles on peut ranger ces intelligences souvent brillantes et même privilégiées, mais qui par certains côtés, se trouvent pour ainsi dire, hors cadre.

Il est incontestable que de tous les aliénés *raisonnables*, si je puis ainsi parler, les plus intéressants sont ceux dont les actes, et non pas les discours, trahissent la folie.

La première place par ordre de mérite appartient donc aux *impulsifs*. Ce sont des *malades* (j'emploie ce mot dans le sens psychique) qui sans aucun délire de jugement éprouvent à certains égards un délire de la volonté, et peuvent quelquefois devenir criminels.

Parmi ces impulsions, il en est de puériles ou tout au moins d'inoffensives. Nous rappellerons l'innocente manie du Dr Johnson, auteur célèbre du siècle dernier, qui ne pouvait se promener dans les rues de Londres sans toucher les poteaux à mesure qu'il les passait. Quand il en avait oublié un il revenait en arrière pour le toucher.

On peut rapprocher de ce type inoffensif, d'autres tendances qui ne sont fâcheuses que pour le sujet lui-même. Il est des hommes polis et bien élevés, qui sont tentés à chaque instant de laisser échapper des paroles grossières ; il est des hommes pieux qui sont poussés à vomir des blasphèmes ; tel était le cas d'un

écrivain anglais, l'évêque Butler, qui toute sa vie a été tourmenté par cette impulsion, à laquelle il ne résistait que par un grand effort de volonté.

Il est toutefois des tendances de ce genre qui peuvent compromettre l'existence de l'individu. Un médecin de mes amis est consulté par un homme portant un beau nom, qui désirait épouser une jeune veuve, dont le mérite et la fortune répondaient à tous ses désirs. Mais, disait-il, cher docteur, il m'est impossible de me marier. En effet, ma fiancée exige que j'aille la voir chez elle. Or, comme elle habite la province, il me faudrait monter en chemin de fer; et cela m'est impossible, car je suis toujours tenté de me jeter par la portière. J'aime mieux renoncer à me marier. On lui conseilla, pour s'habituer, de prendre le chemin de fer de ceinture, mais il ne put jamais dépasser Auteuil. Il fallut descendre à cette station, de peur d'un accident.

Les impulsions de ce genre qui sont plus fréquentes qu'on ne le pense, nous conduisent par une pente toute naturelle à cette tendance au suicide, qui se développe si souvent chez des sujets d'ailleurs parfaitement sains d'esprit et les poussent à se donner la mort pour des motifs absolument futiles. Rien de plus facile que d'en multiplier les exemples. Il est évident qu'il s'agit ici de la perte ou de l'affaiblissement d'un phénonème d'arrêt des plus importants, je veux parler de l'instinct de la conservation.

Immédiatement après ou à côté, se place l'impulsion à l'homicide, qui s'empare souvent d'esprits d'ailleurs sains en apparence. On connaît l'observation du cordonnier, qui vint un jour consulter M. Moreau de Tours, parce que disait-il, toutes les fois qu'il baissait la tête il éprouvait un violent désir d'assassiner sa femme et ses enfants. Rapprochons de ce fait

l'histoire lamentable et si bien connue de Thouviot qui, poursuivi par un besoin irrésistible d'assassiner une femme, finit après de longues hésitations par tuer une jeune fille qu'il n'avait jamais vue et qu'il rencontra par hasard dans la cuisine d'un restaurant; et nous verrons que les impulsions les plus monstrueuses peuvent exister chez des gens parfaitement corrects en apparence.

La kleptomanie nous en fournit un autre exemple. La disposition à dérober des menus objets se manifeste souvent à titre d'infirmité, chez des personnes placées absolument en dehors et au-dessus des tentations vulgaires. On cite le cas d'un homme d'état célèbre qui a rempli dans son pays les fonctions politiques les plus élevées, et qui, lorsqu'il dîne en ville est invariablement accompagné d'un domestique chargé de rapporter à domicile les couverts d'argent que son maître ne manque jamais de dérober.

Certains kleptomanes se bornent exclusivement à prendre certains objets déterminés, ce qui prouve évidemment qu'il s'agit d'une manie.

Peddie rapporte le cas d'un homme très pieux qui avait la malheureuse habitude de voler, mais il ne volait que des Bibles. On lui pardonnait ses larcins, en raison de leur singularité; mais à la septième récidive, il fut traduit en justice, et condamné pour vol.

Un autre kleptomane ne dérobait que des baquets de blanchisseuse, et comme il ne savait absolument qu'en faire, ils s'accumulaient inutilement chez lui.

J'ai été consulté, il y a peu de temps par un malade qui présentait simultanément plusieurs impulsions morbides. C'était un artiste d'un grand talent, né dans une condition très inférieure et pourvu d'une instruction purement élémentaire, mais qui, par la force de sa volonté, s'était élevé au-dessus de sa position.

Il s'était marié jeune ; les enfants étaient venus de bonne heure, et avec eux les soucis. Il fallut redoubler de courage et, vers l'âge de 38 ans, sans aucune maladie apparente, l'intelligence de cet homme fléchit. Il commença à éprouver des impulsions bizarres, auxquelles il ne résistait que par un grand acte de volonté. Voyait-il une glace, il éprouvait le besoin de la briser d'un coup de poing ; était-il près d'une fenêtre, il éprouvait le désir de se jeter en bas. Recevait-il quelques billets de banque, prix légitime de ses rudes travaux, il était tenté de les déchirer et de les jeter au vent. Enfin, des impulsions plus redoutables vinrent l'assaillir. A chaque instant il se sentait poussé à égorger ses enfants. Sa petite fille est prise du croup, dont elle meurt bientôt. Pendant la dernière nuit il veilla auprès de son berceau, et d'après ses propresparoles, « au moment même où je *priais* Dieu avec des larmes abondantes de sauver la vie de cette enfant, j'éprouvais le désir atroce de la prendre dans son berceau pour la jeter dans le feu. » Ces impulsions redoublèrent au point de lui rendre la vie insupportable, et plus d'une fois il eut envie de se suicider. Enfin, la dernière fois qu'il vint me consulter, il me dit après m'avoir raconté ses misères : « Au moment même où je vous parle, j'éprouve un vif désir de vous étrangler ; mais je me retiens. « Cet aveu sincère venant d'un homme taillé en hercule donnait à réfléchir. Je ne l'ai point revu depuis, et je ne sais pas ce qu'il est devenu ; mais le point intéressant de cette curieuse observation c'est que jamais cet homme n'a commis un acte répréhensible ; il est toujours resté correct, et a toujours pu se retenir au moment critique. Il était bien réellement placé sur les frontières de la folie.

Passons maintenant à un autre genre d'observations.

Les *mystiques* occupent une vaste étendue dans le domaine de l'aliénation mentale. Je ne veux point insister sur toutes les insanités qu'a pu engendrer le sentiment religieux ; je ne veux pas retracer l'histoire de toutes les sectes monstrueuses ou ridicules que le fanatisme a engendrées ; mais je tiens à vous faire remarquer que les gens imbus de ces croyances étranges sont souvent, dans les affaires, des esprits fort prosaïques et très sensés, qui savent parfaitement gagner de l'argent, ce qui est, sans nul doute, la preuve d'un grand bon sens. Ce qui est encore plus remarquable, c'est que les idées de ce genre peuvent souvent rester latentes et ne se dévoiler que par accident.

Permettez-moi de vous en rapporter un exemple. Il y a quelques années, mourait à Neutchâtel un vieux notaire qui s'était acquis une réputation légitime de probité et de droiture ; il était d'ailleurs d'une grande piété, et malgré quelques excentricités, n'avait jamais cessé d'être considéré comme un homme très raisonnable ; il mourut quatre ans avant sa femme, et après le décès de celle-ci, les héritiers trouvèrent un pli cacheté, qui, d'après la suscription qu'il portait, ne devait être ouvert qu'après la mort des deux conjoints ; on brisa les cachets, et l'on trouva l'acte suivant :

Contrat de Société.

Entre le grand Dieu souverain, l'Éternel tout puissant et tout sage, d'une part,

Et moi soussigné, Isaac Vuagneux, notaire, son très chétif, très soumis serviteur et zélé adorateur d'autre part, a été fait et arrêté le contrat de Société dont la teneur suit :

Article premier. Cette association a pour but le commerce en spéculation des liquides.

Article 2. Mon très respectable et très magnanime associé daignera, comme mise en fonds, verser sa bénédiction sur notre entreprise dans la mesure qu'il jugera le mieux convenir à ses vues paternelles et l'accomplissement des décrets immuables de sa sagesse éternelle.

Article 3. Moi soussigné Isaac Vuagneux, promets de m'engager de mon côté de verser dans l'association susdite tous les capitaux qui seront nécessaires; de faire toutes les transactions pour les loyers de cave, achats et ventes, tenue d'écritures, comptabilité, et, en un mot, de consacrer mon temps, mon travail, et mes moyens physiques et moraux, au bien et à l'avantage de cette première, le tout en conscience et de bonne foi.

Article 4. Les livres tenus en parties simples constateront toutes les opérations qui auront lieu; et les sommes portées au débit et au crédit du compte seront bénéficiées des proratas d'intérêt calculés jusqu'au 31 décembre de chaque année, époque à laquelle le règlement des comptes sera arrêté.

Article 5. Les bénéfices nets seront partagés par moitié entre mon haut et puissant associé et moi.....

Nous omettons les autres articles de ce singulier contrat.

En somme, il aboutissait à verser, au profit des pauvres, une somme de 7,325 fr. 35 qui fut scrupuleusement remise aux indigents de Neufchâtel.

M. le docteur Chatelain (de Préfargier) à qui nous devons ce curieux récit, estime que l'honorable notaire était parfaitement dans son bon sens, mais qu'il avait une manière un peu originale d'exprimer ses sentiments de piété. Nous pensons au contraire

que Mᵉ Isaac était au moins sur les frontières de la folie, et qu'il s'agit ici d'une de ces aliénations latentes qui se cachent pour ainsi dire dans les profondeurs les plus intimes de l'individu, et ne remontent que bien rarement à la surface.

A côté des mystiques, on peut placer les *obsédés*. Ce sont des sujets chez lesquels un même mot, une même formule, une même idée, vient à chaque instant se représenter automatiquement. On ne saurait s'imaginer à quelles actions insensées peut conduire la tyrannie de ces impulsions intellectuelles.

Un jeune homme, au cours de ses études, ayant entendu un jour certains de ses amis plaisanter sur la prétendue fatalité attribuée au nombre *treize*, devient victime d'une obsession qui l'oblige à répéter à chaque instant une sorte d'oraison mentale; Dieu treize! l'Eternité treize! l'Infini treize! Il finit par être obligé de renoncer à ses études et d'aller s'enterrer à la campagne.

Un homme d'ailleurs sain d'esprit et bien portant est obligé de renoncer à la lecture; car dès qu'il a tourné une page, il croit en avoir sauté une, et recommence de nouveau, sans pouvoir avancer.

Un autre ne peut s'empêcher, lorsqu'il entre dans une chambre, de compter tous les objets qui s'y trouvent, depuis les livres répandus sur une table jusqu'aux boutons de gilet de son interlocuteur.

Ces tendances d'esprit confinent à la *folie du doute* dont je vous ai montré, il y a peu de temps, un exemple fort remarquable. Il s'agissait d'un jeune homme, employé dans une maison de banque, menant une vie régulière et remplissant très exactement ses devoirs, et qui depuis huit ans doutait de sa propre existence, et de la réalité des objets extérieurs. Tourmenté par cette disposition d'esprit si pénible, il

était venu me demander de le faire interner dans une maison de santé ; il avait donc pleine conscience de son état mental, et cependant n'est-il pas permis de dire qu'il était sur les frontières de la folie?

On peut rapprocher des malades de cette espèce les *vertigineux*. Je crois devoir englober sous cette dénomination, peut-être assez impropre, mais facile à comprendre, les cas *d'agoraphobie*, de *claustrophobie* et de *topophobie* qui se rencontrent chez des sujets parfaitement sensés d'ailleurs.

Un exemple assez curieux d'un état d'esprit analogue vient d'être publié par le Dr Cabadé (1). Le malade, homme d'ailleurs très intelligent, très entendu aux affaires, et très spirituel dans la conversation, se trouvait dans l'impossibilité presque absolue d'accomplir certains actes de la vie usuelle. Pour franchir le seuil d'une chambre, il *fallait* qu'on le poussât par derrière. Pour se lever d'un fauteuil où il était assis, il fallait qu'on le prît par le bras. Pour franchir dans la rue un obstacle imaginaire il était obligé de s'y reprendre à plusieurs fois. Cependant, au plus fort de ses hésitations, s'il se sentait observé, il déployait une habileté extrême pour dépister les spectateurs. S'il était obligé, par exemple, de redescendre au moment où il allait monter en voiture, il feignait d'avoir laissé tomber un objet, ou d'avoir aperçu quelque défaut à son équipage.

Il y a de cela deux ans, le malade se trouvait astreint à faire son service militaire de vingt-huit jours. Il pria son médecin de le faire exempter de cette corvée. Celui-ci pria les deux confrères chargés de se prononcer sur les demandes de ce genre, de vouloir bien déjeuner chez lui avec le malade. Pendant tout le temps du repas, M. X... fut tellement aimable et

(1) Cabadé, l'*Encéphale*, 1882, t. II, n° 3, p. 454.

spirituel, qu'après son départ, les deux médecins demandèrent à leur confrère, s'il n'avait point voulu les mystifier. Pour toute réponse, il les mena à la fenêtre de son cabinet, qui donnait sur le boulevard, où devait passer M. X... et là, on le vit en proie à une agitation incroyable, ne pouvant pas dépasser un arbre, une pierre, l'ombre d'une maison, sans s'y reprendre à plusieurs fois. Il fallait revenir en arrière, puis prendre sa course pour franchir l'obstacle, puis recommencer de nouveau.

Les malades de cette espèce sont assez proches parents de l'innombrable et insupportable tribu des *hypochondriaques*. Poussée au-delà de certaines limites, l'hypochondrie verse dans l'aliénation mentale : mais tous les médecins ont vu se développer chez des personnes d'esprit sain, des conceptions absolument délirantes au sujet de leur santé. Citons-en un exemple frappant. Une dame se présente chez un spécialiste fort connu, et lui dit : « Monsieur, je viens vous consulter pour une maladie de la prostate. » — « Mais, Madame, » s'écrie le praticien fort étonné, « vous n'avez pas de prostate ! » « Comment, Monsieur ! » répond la dame avec indignation, « je n'ai pas de prostate ! Mais je viens de lire un ouvrage de médecine, sur les maladies de la prostate, et j'en éprouve tous les symptômes ! »

Messieurs, il faut abréger. J'aurais voulu vous parler des *excentriques*, des *irritables*, des *séniles*, des *sexuels*, des *inventeurs* et de bien d'autres catégories de demi-aliénés ; mais je les passe sous silence, pour m'occuper des *hallucinés*.

Messieurs, c'est avec une juste raison que mon excellent ami le Dr Luys fait des hallucinés une classe à part, parmi les vésaniques. Sans doute les hallucinations dans la plupart des cas sont un

symptôme de la maladie mentale qui domine la situation; mais il arrive quelquefois, il arrive souvent, que ces troubles sensoriels deviennent le point cardinal de la vésanie, l'origine réelle des conceptions délirantes. Le malade devient alors fou, parce qu'il est halluciné.

Il faut à cet égard établir deux classes de sujets : les uns conservent l'equilibre nécessaire pour juger leurs hallucinations, les autres en subissent toute l'influence. Les premiers sont sur la frontière de la folie, les seconds l'ont complètement franchie.

C'est parmi les hallucinés conscients que se place le jeune homme, que je compte vous présenter à la fin de cette conférence. C'est un chimiste des plus intelligents, qui s'est occupé de résoudre un problème industriel de la plus grande importance; il a voulu fonder un nouveau procédé de dorure. C'est en respirant les émanations produites par ses manipulations chimiques que sa santé se serait altérée, d'après lui. Il a commencé par entendre une voix qui lui disait : *Ote-toi de là.* Puis, il a éprouvé des élancements, des fourmillements et des picotements, sur diverses parties du corps; enfin, depuis quelque temps, il respire perpétuellement l'odeur d'acide cyanhydrique. C'est pour se débarrasser de ces hallucinations, dont il juge très bien le caractère illusoire, mais qui l'inquiètent à juste raison, qu'il a demandé à être placé dans un asile pour y être traité. C'est donc un halluciné conscient; mais il est sur les frontières de la folie; car souvent, un malade, après avoir longtemps résisté à ses hallucinations, finit par y croire et devient aliéné.

Il est cependant bon nombre d'individus qui, pendant une longue période de leur existence, sont tourmentés par des hallucinations incessantes sans jamais

croire à leur réalité. Tel était ce malade cité par Wynter, qui éprouvait une sensation onctueuse à toute la surface du corps; il lui semblait qu'il était trempé dans la graisse. Tel était surtout, ce fameux Lelorgne de Savigny, qui, poursuivi par des hallucinations très pénibles de la vue, dont il nous a laissé la description détaillée, avait fini par s'enfermer dans une obscurité complète, seul moyen d'échapper à cette obsession douloureuse.

Notons ici que les hallucinations, même conscientes, peuvent avoir une influence directe sur les actes. Mon excellent ami, le Dr Mesnet, m'a montré un alcoolique fort intelligent, qui éprouvait de bizarres hallucinations de l'ouïe, dont il appréciait parfaitement la nature. Le matin, il se levait, plein de bonnes résolutions, et partait pour aller à son travail. Malheureusement, pour se rendre à l'atelier, il fallait passer devant un certain cabaret, dont il ne connaissait que trop bien la position géographique. A mesure qu'il approchait, il entendait deux voix, celle du bon et celle du mauvais ange. La première disait : *il n'entrera pas;* la seconde disait : *il entrera, il entrera.* A mesure qu'il approchait, la voix du mauvais ange devenait de plus en plus prépondérante. Il finissait par entrer, et dès qu'il avait bu, les hallucinations disparaissaient comme par enchantement. Un jour cet homme passait sur les quais. La voix lui commande de jeter à la Seine deux pièces de cinq francs qu'il avait sur lui. Il obéit immédiatement, et à peine l'avait-il fait, qu'il aurait voulu se jeter lui-même à la rivière : car, disait-il, nous n'avions pas, en ce moment, vingt francs à la maison.

Ainsi donc, chez cet ivrogne, des hallucinations, parfaitement appréciées à leur juste valeur, conduisaient cependant leur victime à commettre des actes insensés.

Messieurs, je crois vous avoir suffisamment démontré la proposition formulée au début de cette conférence. Nous sommes entourés de gens, qui occupent une position plus ou moins élevée dans la société, qui vaquent à leurs occupations, qui remplissent en apparence tous leurs devoirs, et dont l'intelligence présente cependant des points faibles, des conceptions vraiment délirantes, ou des impulsions insensées, sans qu'il soit possible de les enfermer, car on ne saurait les ranger catégoriquement au nombre des fous.

Il est inquiétant sans doute de penser que le mécanicien qui conduit le train où nous sommes embarqués a peut-être des hallucinations; que le médecin que nous allons consulter est peut-être atteint de la folie du doute; et que le notaire qui rédige nos contrats a peut-être passé un acte de société avec le Créateur des Mondes. Mais il faut en prendre son parti.

Non seulement ces demi-aliénés arrivent souvent à de hautes positions, mais encore ils exercent parfois une influence incontestable sur leur entourage, sur leur pays, sur le siècle où ils vivent. Les hallucinations de Jeanne d'Arc ont opéré un miracle que l'héroïsme des meilleurs capitaines n'avait pu réaliser; et parmi les hommes célèbres qui ont remué de fond en comble leur époque, il en est plusieurs, qui, s'ils n'étaient pas absolument fous, étaient au moins des demi-aliénés. C'est qu'en effet ces esprits placés sur la limite extrême de la raison et de la folie sont souvent plus intelligents que les autres; ils sont surtout d'une activité dévorante, précisément parce qu'ils sont *agités;* enfin, ils possèdent une puissante originalité, car leur cerveau fourmille d'idées absolument inédites. Lisez l'histoire, et vous verrez que ce

sont eux surtout qui ont révolutionné le monde, qui ont fondé des religions nouvelles, créé et renversé des empires, sauvé des nations, à moins de les perdre, et laissé leur empreinte sur la science, la littérature et les mœurs de leur pays et de leur temps. La civilisation serait souvent restée en arrière, s'il n'y avait pas eu des fous pour la pousser en avant. Sachons donc rendre hommage à la folie, et reconnaissons en elle l'un des principaux agents du progrès dans les sociétés civilisées, et l'une des plus grandes forces qui gouvernent l'humanité.

DES OBSESSIONS PATHOLOGIQUES

DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'ACTIVITÉ AUTOMATIQUE DES ÉLÉMENTS NERVEUX.

par J. LUYS

I

Il est vraiment curieux de constater combien cette idée de l'automatisme des opérations cérébrales, formulée pour la première fois en France par Baillarger en 1856 (1), reprise et développée en Angleterre par Carpenter, sous le nom de *cérébration inconsciente*, est restée jusqu'ici à peu près sans écho dans l'esprit des médecins aliénistes français, et combien, malgré sa simplicité et ses applications fécondes, elle est demeurée en dehors des idées courantes en pathologie mentale, sans être appelée à jouir dans ce

(1) Baillarger. — Théorie de l'automatisme et de l'exercice involontairede la mémoire et de l'imagination. *Annales medico-psycho-* 1846, T. VI, p. 188, et 1855, p. 467.

domaine de la part d'influence souveraine qui devrait si légitimement lui appartenir.

Cela tient à des causes multiples. — Les esprits des observateurs contemporains, imbus encore des anciennes idées de Pinel et d'Esquirol en psychiâtrie, traitant aisément les questions de physiologie cérébrale comme de vaines spéculations sans démonstration possible, se soucient fort peu d'une théorie nouvelle sortie des entrailles mêmes de l'histologie. Peu familiarisés pour la plupart aux études d'anatomie fine, ils ne connaissent en général que par ouï dire l'existence des cellules nerveuses en général, et sont par conséquent dans l'impossibilité absolue d'arriver à considérer le cerveau dans son ensemble comme constitué par les unités histologiques, dont la vitalité intime est l'expression intégrale de la vie de l'ensemble. Et, de ce petit monde des infiniment petits dont ils ignorent les phénomènes si variés de la vie élémentaire, ils ne recherchent que les manifestations d'ensemble, sans pénétrer jusqu'aux humbles ouvriers qui sont les artisans des opérations accomplies. — De là cette tendance de l'école actuelle à ne s'occuper que des déviations apparentes, et à ne se complaire que dans les descriptions des moindres modalités de tel ou tel trouble psychique, dans l'enregistrement des minuties, pour délaisser, de parti pris, la part d'influence des forces élémentaires et des propriétés physiologiques qui sont directement en jeu.

Frappé moi-même de ce qu'avait de séduisant, dans sa simplicité et dans sa fécondité, cette théorie de l'automatisme cérébral, dès la publication de mes premiers travaux en 1865 (1), je l'ai recueillie, je l'ai

(1) Luys. *Recherches anatomiques, physiologiques et pathologi-*

mise en valeur, je l'ai adaptée aux acquisitions récentes de l'histologie, et, en la représentant comme l'expression de la vie isolée de la cellule cérébrale en action, j'ai montré ainsi comment cette théorie nouvelle avait en elle-même un véritable principe de vie, — qu'elle s'appuyait sur des données certaines et naturelles, et qu'il suffisait d'étudier le mode d'enchaînement des opérations cérébrales, chez l'homme sain, pour reconnaître combien l'activité automatique des éléments nerveux s'y révélait avec une ampleur et une luxuriante multiplicité, et, — que s'il en était ainsi à l'état normal, cette propriété fondamentale était à un moment donné susceptible de s'amplifier et de devenir, ainsi que Baillarger l'avait indiqué, l'élément fondamental de tous les délires.

Plus tard, dans mon second travail sur le cerveau et ses fonctions (2), je démontrai, avec des développements à l'appui, quel rôle considérable l'activité de la cellule cérébrale isolée, associée à celle de ses congénères, jouait dans les phénomènes de l'association des idées, dans l'évocation de certains souvenirs, dans l'apparition de certaines conceptions spontanées; et, allant même plus loin que l'individu isolé, étudié en lui-même, je montrai en vertu de quelles affinités mystérieuses de nature automatique, une pensée, une émotion, pouvaient être sollicitées dans le cerveau d'autrui, d'une façon involontaire et fatale, rien que par l'apparition d'un signe ou d'un symbole extérieur destiné à évoquer des idées ou des émotions appropriées, etc. — Je faisais voir ainsi, en étudiant les différents aspects sous les

ques sur le système nerveux cérébro-spinal. — Paris, 1865. Paris, J.-B. Baillière.

(1) Luys. — *Le cerveau et ses fonctions.* — Bibliothèque internationale. Germer Baillière.

quels se présente la vie automatique de la cellule cérébrale, l'énorme parti qu'on pouvait tirer de cette connaissance approfondie pour l'interprétation des phénomènes de l'activité cérébrale à l'état normal et à l'état pathologique.

J'insistai encore sur ce fait, que l'activité automatique pendant l'état de veille cérébrale était non seulement la condition *sine quâ non* du fonctionnement de l'organe, mais encore qu'on la trouvait présente pendant la période de sommeil. Et je suis arrivé à conclure que les rêves avec toutes leurs variétés, avec toutes les bizarreries sous lesquels ils se présentent à nous, ne devaient être physiologiquemen conçus que comme l'expression incohérente et désordonnée de certains groupes de cellules cérébrales, qui, au milieu de leurs congénères engourdies par le sommeil, continuaient à vibrer encore sous le coup des excitations préalables de la veille, comme certaines cordes d'un piano violemment ébranlées, qui sont encore en vibration, alors que toutes les autres sont déjà silencieuses.

Enfin, faisant l'application des données précédentes aux phénomènes de la pathologie mentale, j'ai montré(1) quelles immenses ressources on pouvait tirer de l'étude de l'automatisme pour l'interprétation des troubles des facultés, et comment cette propriété simple pouvait s'exalter d'une façon lente et progressive, amener la cellule cérébrale qui la supporte à un état d'éréthisme persistant et incoercible, et devenir, en s'élevant peu à peu à plusieurs degrés au-dessus de ses conditions normales, un foyer permanent d'irritation morbide destiné à revêtir les formes les plus

(1) Luys. — *Traité pratique de pathologie mentale*, 1881. — Pages 126 et suiv., 428-433 et suiv.

diverses, suivant que les hasards des phénomènes de la vie l'avaient fait s'allumer dans tel ou tel département de l'écorce cérébrale. — C'est ainsi que lorsque l'exaltation de la propriété automatique des éléments prend naissance dans les régions purement affectées aux manifestations intellectuelles, ce sont des désordres locaux de l'esprit qui apparaissent, des associations bizarres d'idées, des suggestions impératives de l'imagination, etc. — Quand ce sont les régions de l'activité psychique proprement dite qui sont en jeu, ce sont alors des émotions involontaires, des appréhensions, des scrupules de toute sorte, qui assiègent l'individu envahi et déterminent chez lui des crises d'excitation.

Quand au contraire, c'est dans les régions purement psycho-motrices que l'activité morbide a élu domicile, ce sont des actes bizarres qui s'exécutent contre la volonté du patient, des impulsions irrésistibles dont il a conscience, soit à prononcer telle ou telle parole, soit à commettre telle ou telle action, qu'il parvient provisoirement à maîtriser, mais dont au bout d'un certain temps il n'est plus libre d'arrêter les effets.

J'ai montré ainsi, dans une série de publications, que les doctrines nouvelles dont je me faisais le défenseur, loin de compliquer les choses, ne faisaient que les simplifier, et qu'en cherchant ainsi à ramener les phénomènes de la vie cérébrale à des lois simples, à de simples troubles des propriétés fondamentales des éléments nerveux, on faisait dans le vrai sens du mot, une œuvre scientifique et durable, et qu'il appartenait à notre époque, essentiellement pratique, d'établir sur les bases fixes de l'anatomie et de la physiologie les fondements de la science men-

tale qui jusqu'ici n'ont été appuyés que sur des descriptions vagues et une sémiologie plus ou moins diffuse.

C'est dans cet ordre d'idées que je me propose d'aborder une série de problèmes en présence desquels on se trouve journellement placé dans la pratique de la pathologie mentale et qui sont précisément les corollaires naturels des données que je viens précédemment de signaler.

Il s'agit en effet dans ces articles de l'étude d'un phénomène simple, nettement circonscrit, l'*obsession*, dans lequel l'influence de la propriété automatique de l'élément nerveux, arrivé à la phase d'éréthisme incoercible, se révèle d'une façon tout à fait typique et significative. — Les individus envahis par l'obsession, se sentent assiégés par des idées, des conceptions dont ils ne peuvent se défaire, — ou bien encore, ce sont des émotions de toutes sortes, des appréhensions, des scrupules, des terreurs qui les dominent, dont ils reconnaissent l'inanité, et cependant dont ils ne peuvent se défendre. Une portion de leur personnalité est seule envahie, seule extravagante, tandis que l'autre portion demeurée saine, assiste passivement au travail de lutte intestine qui s'opère dans le for intérieur. — Il s'agit là d'une de ces situations poignantes que je compare assez volontiers (parce que précisément elle a aussi pour théâtre le système nerveux), à celle d'un malheureux tétanique qui sent successivement ses membres inférieurs envahis par les contractures, puis ses membres supérieurs, puis les muscles de la poitrine et ceux de son larynx, amenant des accès de suffocation terribles, et qui, impuissant à maîtriser

le mal qui l'obsède et l'étreint de plus en plus, lutte tout d'abord, s'exalte, s'émeut et s'épuise consummé d'efforts pour finir forcément étouffé.

Eh! bien, dans les phénomènes d'obsession mentale que nous allons décrire, dans cette série de tableaux pathologiques dans lesquels les malheureux patients expriment avec douleur les obsessions qui les dominent, les pensées pénibles qui les poursuivent, les impulsions à faire des gestes, à faire des grimaces, à grimper sur les meubles, à courir malgré eux, comme s'ils étaient poussés par des forces aveugles, n'y.a-t-il pas là un véritable parallélisme avec l'état du tétanique qui se sent envahi peu à peu? — N'y a-t-il pas là une manifestation fatale del' activité automatique de l'élément nerveux, une véritable cérébration inflexible et aveugle qui envahit certaines régions du cerveau et s'y propage, à l'exclusion des régions demeurées saines, comme chez le tétanique nous voyons l'action convulsivante se propager à travers les réseaux gris de la moelle, allumer çà et là des fôyers convulsifs incoercibles en dehors de la volonté consciente qui assiste passivement à la succession des contractures envahissantes. — Ne sont-ce pas là des phénomènes similaires, et ces états d'obsessions pathologiques, ne sont-ils pas de véritables phénomènes d'insubordination partielle des éléments nerveux qui s'exaltent à leur manière, qui s'émeuvent *motu proprio*, comme des courants déchaînés, et produisent comme résultat final de leur vitalité surchauffée une rupture de l'équilibre cérébral et une véritable dislocation de l'unité mentale?

J'insiste sur ces faits de l'automatisme cérébral, et je tiens, dès le début de cette étude, à fournir la clef des principaux phénomènes pathologiques dont je vais donner quelques exemples, afin que le lecteur,

imbu de cette idée première et de la puissance d'énergie des éléments primordiaux qui constitue le cerveau puisse, au fur et à mesure que les tableaux se dérouleront, l'envisager sous toutes ses formes, et reconnaître ainsi que cette propriété, simple et fondamentale, qui est à l'état normal la condition première de l'activité cérébrale, est pareillement à l'état pathologique l'élément fondamental qui crée et entretient tous les délires.

C'est dans cet esprit, c'est avec la tendance impérieuse à rattacher aux lois de la physiologie les diverses déviations de la pathologie mentale, que je souhaiterais voir les hommes jeunes, qui se vouent à ces études si captivantes, entrer dans la carrière. Il faut qu'ils s'habituent, je ne saurais trop le répéter, en face des manifestations dynamiques qui les frappent, à rechercher l'interprétation physiologique véritable qui est au fond de toute espèce de trouble mental donné, et à suivre par la pensée à travers le délire observé, les phases naturelles du processus en évolution.

Il faut qu'ils sachent encore, eu égard à la question de l'automatisme (les troubles de l'obsession mentale étant considérés comme des foyers d'irritation, allumés isolément dans telle ou telle région de l'écorce), qu'en raison même de la structure anatomique et de l'enchevêtrement de ses mille réseaux, les conditions naturelles qui les font s'associer dans les opérations communes de la vie cérébrale, sont aussi celles qui les associent fatalement dans leurs réactions pathologiques. La solidarité qui les unit est telle, en effet, que lorsqu'un foyer d'irritation morbide s'est développé quelque part, il étend son rayonnement à distance et entraîne fatalement dans

son cycle morbide les zones cérébrales auxquelles il est indirectement associé. — Il trouble ainsi leur vie trophique et devient pour elles une cause fatale de dépérissement et de désintégration organique. A mesure, en effet, que les zones de cellules sont successivement mises hors de service, par cette œuvre d'invasion lente, le travail de l'activité cérébrale se ressent de la disparition progressive du nombre des ouvriers naturels destinés à l'accomplir. — De là, cette obnubilation insensible des facultés qui est la conséquence fatale des obsessions prolongées de l'esprit et de la sensibilité; — de là, ce défaut de spontanéité et d'énergie qui caractérise les individus ainsi frappés; — et de là, l'usure lente et graduelle des forces cérébrales, et finalement ces diverses variétés de la démence qui sont les épilogues obligés des obsessions persistantes de l'esprit passées à l'état chronique. — Et c'est ainsi qu'éclairé par les données de l'anatomie normale avec l'aide d'une physiologie régulière, on arrive à déduire logiquement la marche naturelle de certains processus cérébraux et à pronostiquer aussi leur mode de terminaison.

II

Le rôle de l'activité automatique de l'élément nerveux étant ainsi établi dans l'évolution des phénomènes de l'obsession, nous allons envisager actuellement les différentes modalités sous lesquelles ce phénomène peut se produire, les phases qu'il est amené à parcourir, ainsi que les conséqnences fatales qu'il détermine dans le jeu des opérations cérébrales.

L'obsession (du latin *obsidere*, siéger à côté, as-

siéger) (1) est un état mental spécial en vertu duquel l'individu assiégé par des idées fixes, des émotions qu'il ne peut maîtriser, des impulsions à produire d'une façon irrésistible des actions motrices incohérentes et extra naturelles, se sent entraîné à penser, à sentir, à agir malgré lui; — et chose caractéristique, — en même temps il est lucide, il raisonne sa situation et s'émotionne en pure perte à chaque apparition d'idées étranges qui traversent son esprit. Véritable souffre douleur des activités automtaiques de son cerveau qui l'entraînent, il supporte passivement la fatigue de ses suggestions, dans l'incapacité absolue de faire le silence en lui-même.

L'activité automatique d'une part, qui se développe d'une façon partielle et passe à l'état d'éréthisme permanent, et d'autre part, la lucidité persistante du patient, du moins dans les premiers temps, sont les côtés caractéristiques de cet étal mental dont chacun de nous a rencontré maints et maints exemples, et dont tous les médecins aliénistes ont été déjà frappés.

La symptomatologie des obsessions varie suivant que l'état d'éréthisme morbide a frappé plus particulièrement tout d'abord dans telle ou telle région de l'écorce cérébrale. Suivant, en effet, que ce sont les régions purement intellectuelles, les régions de l'activité psychique proprement dite, ou celles des centres psycho moteurs, qui sont intéressées, il s'ensuit naturellement des réactions variées, plus ou moins nettement caractéristiques, plus ou moins strictement combinées l'une à l'autre, suivant que le territoire envahi est isolément intéressé, et suivant que son éréthisme morbide a rayonné dans des ré-

(1) Littré. *Dictionn. de la langue française.*

gions isolées, et associé des nouveaux foyers d'activité automatique à ses premiers efforts.

Au point de vue de la commodité de la description symptomatique, les obsessions morbides peuvent être divisées en trois groupes :

1° Celles dans lesquelles ce sont les opérations de l'esprit qui sont particulièrement en jeu, et dans lesquelles les régions émotives ne sont que médiocrement intéressées ;

2° Celles dans lesquelles ce sont les régions émotives *seules* qui, soit primitivement, soit secondairement, sont tout particulièrement sollicitées — (Mélancolies anxieuses, — délires émotifs, etc.) ;

3° Celles dans lesquelles ce sont les régions psycho-motrices qui entrent particulièrement en activité et qui donnent lieu à une série d'actes bizarres, automatiques et de nature impulsive. — Nous allons procéder, dans la description qui va suivre, conformément à cette division :

1° Quand on envisage d'ensemble la filiation des opérations de la vie mentale on est surpris de voir, ainsi que nous l'avons déjà fait pressentir, combien la plupart des phénomènes qui nous frappent à l'état morbide ont tous des racines plus ou moins profondes dans les différents processus de l'activite normale. C'est ainsi que les obsessions pathologiques que nous passons actuellement en revue ne sont à proprement parler que les amplifications de phénomènes similaires qui se passent en nous journellement à l'état normal, et qui, sous des formes réduites et éphémères, nous présentent des ébauches du pro-

cessus morbide. — Ne savons-nous pas tous, que, sous l'influence d'un travail intellectuel trop soutenu, nous sommes, en dehors des heures du travail, obsédés et poursuivis par le souvenir des opérations qui se continuent en nous; — il y a dans notre esprit une mise en train première qui ne s'arrête pas sur place et qui entretient involontairement son action. L'œuvre que nous poursuivons et à laquelle nous pensons sans cesse s'incarne insensiblement en notre esprit; — nous ne pensons qu'à elle, nous ne vivons que pour elle, et elle devient la préoccupation incessante qui plane sur l'ensemble de nos actions. — Qui de nous, en se reportant aux souvenirs de sa jeunesse, aux périodes des concours et aux anxiétés poignantes de la lutte pour l'existence, ne se souvient pas d'avoir traversé des phases d'obsessions intellectuelles et morales dans lesquelles pendant le repos des nuits ou les occupations de la journée, le souvenir des questions écrites ou orales à résoudre, les incertitudes du succès, la composition des jurys se présentaient sans discontinuité à notre esprit, et se trouvaient toujours présents juxtaposés aux moindres distractions intercurentes. Ce sont là de véritables obsessions qui ne diffèrent des obsessions pathologiques, qu'en ce sens qu'elles sont passagères. La transition, comme on va le voir, s'opère insensiblement.

Dans les formes les plus accentuées, qui confinent déjà à l'état pathologique, on voit l'influence des excès de travail intellectuel se révéler chez certains sujets sous forme de préoccupations incoercibles. Ils sont forcés de penser, de calculer. Ils refont incessamment les opérations mathématiques qu'ils ont déjà accomplies, et ils assistent ainsi à cet énervant travail de la pensée qui s'exerce d'une façon incoer-

cible et souvent même disent-ils, douloureuse. Je cite ici l'observation d'un jeune homme, qui, à la suite d'opérations de calculs d'intérêts composés qui l'avaient violemment fatigué, se sentit entraîné par les forces automatiques de son cerveau à penser, à calculer, à chiffrer, sans trêve ni merci, au grand dommage du repos de ses nuits.

« Un soir, après dîner, il allait se mettre à dormir, lorsque, « dit-il, sans le moindre encouragement de ma part, dans un état « entre le sommeil et l'éveil, éveil, dis-je bien, car alors mon es- « prit ayant travaillé toute la journée plus qu'il le pouvait, luttait « avec opiniâtreté entre le fatigue corporelle qui m'entraînait avec « force au sommeil. A qui demeura la victoire? Ce fut alors à « l'esprit, car n'y tenant plus, ayant besoin du plus grand calme « et du repos auquel je ne pouvais atteindre, *je me mis sans le* « *moindre volonté de ma part à compter, à faire exactement les* « *mêmes problèmes qu'au bureau.* La machine cérébrale avait été « lancée avec trop de force pour pouvoir s'arrêter et ce travail « involontaire durait malgré moi, malgré et contre tous les « moyens que j'ai employés pour le faire cesser, c'est-à-dire trois « ou cinq quarts d'heure environ (1). »

On voit, d'après ce simple récit, qui donne une idée nette des tourments éprouvés par le patient, combien la force de l'obsession était puissante et combien ce malheureux dont j'ai pu constater pendant plusieurs mois les angoisses réitérées, a dû subir de cruelles épreuves. J'ajouterai cependant que sous l'influence d'une médication sédative énergique, à la suite de cet accès qui dura plusieurs semaines, il récupéra une période de calme relatif. Mais à la suite de plusieurs tentatives infructueuses, il ne put parvenir à continuer sa carrière. J'ai cité encore une observation relative au même ordre d'idées, et concernant un élève de l'Ecole polytechnique, obsédé par des associations involontaires d'idées qu'il ne pouvait dominer (2).

(1) Luys, *Le cerveau et ses fonctions*, p. 145.
(2) Voir Luys, *Traité de Pathologie mentale*, p. 434.

2° Lorsque ce sont les régions émotives par excellence de l'activité psychique qui sont intéressées, régions qui sont à l'état normal d'une sensibilité si exquise, c'est alors qu'on voit apparaître les manifestations de l'obsession, sous les formes les plus variées, avec des degrés d'intensité multiples. Tantôt simples, tantôt associées, elle engendrent des apparitions revêtues de mille formes, constituées par des émotions de tonalités diverses, et, — quoique différentes entre elles de la façon la mieux marquée, elles ont néanmoins ce caractère commun qui les réunit toutes, — c'est d'être involontaires, automatiques et imposées au patient qui les souffre et ne peut s'y soustraire.

Nous allons rapporter ci-jointe une observation typique qui exprime d'une façon naturelle et simple ce qu'est l'obsession dans ses formes les plus rudimentaires. C'est nous même qui avons recueilli de la bouche du sujet les données suivantes :

« M. A. de L. âgé de 36 ans, appartient à une des plus illustres familles de France. Il a reçu une éducation fondamentalement religieuse et une instruction distinguée. Maître de bonne heure de sa fortune et de sa liberté, il fut entraîné dans le tourbillon de la vie facile et élégante et ne tarda pas à faire, comme la plupart des jeunes gens de haute situation sociale, des dépenses considérables et à compromettre sa fortune par de fausses spéculations. Marié pendant quelque temps, il ne put vivre avec sa femme, et son caractère se modifia, s'aigrit peu à peu dans l'oisiveté. Il chercha de nouveau à se créer dans la diplomatie une situation sociale importante. Il partit donc comme attaché à une légation de l'Amérique du Sud, et, arrivé là, il eut des difficultés avec ses supérieurs hiérarchiques, probablement par le fait d'un premier accès d'excitation mentale, et dut, à la suite, rentrer en France. Peu à peu les troubles cérébraux qui s'étaient révélés d'une façon insidieuse et bizarre se manifestèrent sous des formes plus accusées. M. A. eut l'an dernier un véritable accès de manie hallucinatoire avec inconscience de ses actes, qui néces-

sita son placement dans la maison de santé d'Ivry. Je pus ainsi l'observer à l'aise et une fois que la période d'acuité de l'affection cérébrale dont il était atteint fut dissipée, je le vis entrer dans une phase de vie calme et tranquille en apparence. Je dis *en apparence*, car, en réalité la quiétude n'existait pas. M. A. en effet, depuis plus de six mois que je le vois quotidiennement, a la tenue, la manière d'être, la conversation d'un homme en bonne santé. Il parle avec distinction, il manie le crayon et le pinceau avec une certaine habileté. Il recherche assez volontiers la société et se tient au courant des choses de la vie extérieure. Mais... si on l'observe avec soin on ne tarde pas à reconnaître qu'il y a des moments de la journée dans lesquels il devient taciturne et s'absorbe en lui-même ; il parle seul et aime à faire quelques promenades solitaires. Et, quand on lui demande des explications sur ce qui se passe en lui, il s'exprime très naturellement et dit volontiers qu'il est le jouet d'obsessions, de visions, qui viennent hanter son esprit, que ses visions l'apostrophent et qu'il leur répond. Il est sujet, dit-il, à voir apparaître en lui des obsessions de nature différente qui se succèdent et reviennent alternativement. Tantôt c'étaient des apparitions purement religieuses dans lesquelles il voyait apparaître successivement Dieu et le diable. Dans d'autres circonstances, il voyait la mer, puis des sirènes qui l'entraînaient au fond de l'eau. Il se sentait ainsi emporté, et chose remarquable, il comprenait en même temps combien cette situation était fausse et dénuée de fondement. Mais, ne pouvant réagir, il subissait toutes les émotions inhérentes à sa position. D'autres fois les obsessions prenaient une tournure érotique, surtout lorsqu'il était au lit. Il se croyait en butte alors aux agacements de plusieurs femmes. C'étaient alors, disait-il, les scènes les plus fantastiques et les plus invraisemblables dont il était l'objet. Ou bien encore dans d'autres circonstances le démon s'emparait de lui et le forçait à se masturber. Il comprenait pourtant qu'il ne devait pas le faire, luttait de toutes ses forces, et parfois triomphait.

Actuellement M. A., dont les facultés mentales ont été bouleversés par ces incitations de diverse nature, est néanmoins encore le jouet d'une sorte de cérébration inconsciente qui engendre chez lui des pensées bizarres, incohérentes, qui se succèdent, dit-il, sans qu'il puisse jamais y apporter un terme. Ce sont des divagations à perte de vue qui se déroulent en lui, sur des sujets politiques, religieux et philosophiques. Il se surprend même à avoir des opinions qui n'ont jamais été les siennes, à discourir sur des sujets qui lui sont inconnus, enfin à vivre par la pensée dans un monde anormal.

La nuit il dort très mal, parce que, dit-il, *son esprit travaille malgré lui*. Mais alors il n'est plus seul à parler. Tandis qu'il émet

les idées les plus raisonnables (il le dit du moins) un interlocuteur imaginaire le poursuit de ses objections et de ses paradoxes. Ce sont alors des discussions interminables. Et cependant il se rend compte qu'il n'y a rien de réel dans cette situation. Elle s'impose à lui et tous ses efforts sont impuissants pour en sortir.

Je sais bien, dit-il, que mon *cerveau travaille de travers. Et ce qui prouve que je ne suis pas fou, c'est que je m'en rends compte. Il faudrait que je croie à la réalité de mes rêves pour être fou.*

Ces dernières phases caractérisent suffisamment bien la situation. M. A. définit lui-même comme nous l'aurions fait, son état mental d'obsédé. Je sais bien que mon cervau *travaille de travers, dit-il.* Il a conscience du désordre qui s'opère dans son for intérieur et il ajoute avec assurance : je ne *suis pas fou* car je *me rends* compte de *ces désordres.* Il y a donc en lui les deux éléments fondamentaux qui constituent l'obsession, l'entraînement automatique de l'esprit et la lucidité persistante ; et c'est précisément aussi par ce motif que je distingue l'obsession de l'hallucination. — Dans l'obsession l'individu reste conscient des choses étranges qui se passent en lui, dans l'hallucination, au contraire, l'individu est captivé en entier et prend pour des réalités ses conceptions fictives.

Voici un autre exemple, l'obsession en période de progression et arrivant rapidement à un haut degré d'intensité.

M. E. propriétaire. âgé de 52 ans, méridional, d'un tempérament ardent, s'exprimant avec grande facilité, nous raconte que depuis deux ans il est tourmenté par des bruits dans les oreilles. — Ce sont des bruits divers de cloches, de sifflements, de paroles à voix basse qui résonnent continuellement dans ses deux oreilles et qu'il interprète comme des épreuves qui doivent mettre sa patience à l'essai. Ces bruits incessants qui l'obsèdent l'ont poussé à quitter son domicile, à fuir sa famille et à venir se confier à nos soins.

Il se figure que depuis qu'il est en traitement, on a employé tous les moyens pour le guérir. Tout ce qui se passe autour de lui est destiné à apporter une modification dans son état. Le chemin de fer, ses signaux, les charrettes qui passent, les parti-

cularités de son ameublement ont pour but d'agir sur son moral, de savoir ce qu'il pense, de le lui faire dire et de le forcer à faire ce qu'il ne voudrait pas.

« Au commencement, dit-il, sans doute pour savoir quelle valeur j'attribuais à mes voix, je ne pouvais rien faire sans que cela me fût ordonné. A un certain moment, il fallait que j'enlève mon chapeau, ou bien que je mette ma main dans ma poche... et aussitôt l'acte accompli, j'entendais une voix qui disait : « Ah ! il l'a fait... ou bien : Ah ! il a obéi. » Une autre fois, on me forçait à me gratter : « Tu te gratteras ! » et je ne pouvais m'empêcher de me gratter ni m'arrêter. »

Le soir de son arrivée, assis au coin du feu, il éprouva une pesanteur de tête singulière, et fut obligé d'aller se coucher. Il perdit alors l'usage de sa volonté, mais garda connaissance de ce qui se passait autour de lui. Il s'aperçut que le cours de ses idées était changé, qu'il avait des pensées qu'il ne pouvait chasser, qui l'importunaient et au milieu desquelles il ne pouvait s'arrêter. Il assistait en spectateur impuissant à ce cours des idées et se disait inutilement : « Non ! tu ne vas plus penser à cela ! Pense à autre chose ! » (*Sic.*)

Evidemment c'était du magnétisme. Un magnétiseur puissant, Donato sans doute, était placé à proximité de lui et lui faisait des passes pour l'endormir.

La nuit suivante, l'action du magnétisme a été plus puissante, car il a complètement perdu connaissance et ne s'est souvenu de rien.

Ce dont il se plaint surtout, c'est qu'au moyen du magnétisme on connaît toutes ses pensées, même les plus secrètes. Il entend répéter à haute voix tout ce qu'il pense.

Cet état d'anxiété dura environ huit à dix jours au bout desquels, sous l'influence de la médication bromurée, le calme se rétablit passagèrement et le malade récupéra peu à peu la tranquillité de son esprit. »

Dans ce cas l'obsession cérébrale est encore très accusée. Le patient assiste avec inquiétude aux perturbations insolites dont le siège est dans ses oreilles. Il se rend compte que c'est là qu'est le mal. Il raisonne, et c'est à force de raisonner que fatalement il est entraîné dans des conceptions bizarres telles que celle du magnétisme, qu'il expose sans conviction, et qu'il abandonne le lendemain, comme une vaine explication. Ce n'est pas encore là un hallu-

ciné parce qu'il raisonne le bruit qui existe dans ses oreilles ; il se rend compte que c'est un phénomène d'ordre physique. Il ne *subjective* pas ses sensations comme l'halluciné qui accepte et ne discute pas des fausses impressions.

Ce sont là deux observations typiques de ce que nous entendons par l'obsession morbide et qui serviront de point de comparaison pour les descriptions subséquentes.

Dans les observations qui suivent et dont je ne puis donner qu'un court résumé, on va voir que le groupe des obsessions d'ordre émotif se divisent, comme les processus hallucinatoires avec lesquels celles-ci ont des points de contact si fréquents, en deux subdivisions secondaires. — Dans l'une, les phénomènes émotifs ne se développent qu'à la suite d'une impression sensorielle persistante, dérivée d'une impression extérieure. Dans l'autre, l'émotivité apparaît d'emblée ; c'est un phénomène d'éréthisme local d'un point déterminé. L'obsession est primitivement, dans ces cas, d'origine subjective.

Dans le premier groupe, cet ordre de manifestations morbides, on constate tout d'abord ce fait important que ce sont les impressions auditives qui ont le rôle le plus prépondérant au point de vue de la fréquence, comme s'il s'agissait de simples processus hallucinatoires.

A.—Moos de Heidelberg (1) rapporte un cas curieux de persistance prolongée d'impressions musicales chez deux sujets prédisposés d'ailleurs. Chez l'un, l'obsession des sons d'une séance de musique dura pendant près de quinze jours, et, chez un autre, qui était professeur de musique, elles duraient pendant

(1) *Annales medico-psychologiques*, 1869, t. II, p. 121.

plusieurs heures après chaque séance. L'auteur compare ces phénomènes à ceux de la persistance des impressions lumineuses sur la rétine.

Dans ces cas l'obsession auditive ne s'est pas accompagnée de troubles psychiques et s'est éteinte sur place. C'est une véritable obsession sensorielle périphérique. Il n'en est plus de même chez les sujets prédisposés aux affections mentales, et qui, à propos d'un son fortement accentué, d'un saisissement strident, se mettent à engendrer automatiquement une série d'idées appropriées, dont ils subissent ainsi l'obsession persistante et dont ils cherchent à interpréter les diverses péripéties. Ainsi, voici deux exemples très nets qui viennent à l'appui :

« Madame B., 27 ans, d'une grande sensibilité nerveuse, légèrement hystérique, à la suite de difficultés survenues dans son intérieur, justifiées par des revers de fortune et la perte d'une position élevée. fut prise d'un accès d'excitation maniaque légère avec trouble des facultés intellectuelles, trouble peu accusé, il est vrai, mais qui la portait à interpréter d'une façon vicieuse toutes les paroles qn'on lui adressait. Un soir, dans la période de décours de sa maladie, elle eut une rechute dont je pus suivre immédiatement le mécanisme. Elle se promenait aux environs du chemin de fer, lorsqu'un train venant à passer, le sifflet de la locomotive retentit soudain à ses oreilles. Elle entendit ce bruit, mais immédiatement après une sorte d'écho lui répéta cette phrase : « *Tout est fini ! Tout est fini !* » Et, quelques instants après, cette pauvre jeune femme devint en proie à une émotion incoercible, à des accès de désespoir soudain, et pendant quelques jours à une émotion prolongée, répétant sans cesse ces mots : « *Tout est fini !* » dont elle ne comprenait pas le sens et qu'elle cherchait à interpréter au point de vue de sa vie passée. Cet état d'obsession dura environ six semaines et finit par s'éteindre de lui-même. Pendant toute cette période elle conservait sa lucidité, et c'était effectivement cet état lucide qui lui rendait si pénible l'existence de cette obsession vibratoire incrustée dans ses souvenirs.

Madame d'A., 37 ans, mère de plusieurs enfants, jouissant d'une belle position de fortune, était mariée à un homme d'un carac-

tère très doux. Vouée avec assiduité aux pratiques religieuses et menant une vie retirée dans son château, elle fut prise d'un accès d'excitation maniaque qui avait franchement les caractères mystiques. Elle entendait des voix d'anges résonner à ses oreilles et avait des apparitions de la Vierge qui lui ordonnait de faire telle ou telle chose. Confiée à nos soins, la crise d'excitation maniaque s'éteignit graduellement sous l'influence du repos et d'un régime approprié. Mais, un jour, je l'entendis se plaindre que le bruit des voitures qui passaient dans la rue le matin l'avait empêchée de dormir. Ce bruit, d'origine extérieure, qui l'avait surprise au moment du silence de la nuit, devint persistant, se fixa dans ses souvenirs, et fut à son tour une nouvelle cause d'obsession qui se substitua aux obsessions précédentes d'origine mystique. A partir de ce moment, cette malade qui avait toute sa lucidité, commença à engendrer des conceptions appropriées ; elle s'interrogeait sur la signification que pouvait avoir ce bruit de voitures par rapport à elle. Elle tournait sans cesse autour de cette idée, et se désespérait de ne rien comprendre à tout ce qui se passait auprès d'elle. Les voitures roulaient tous les jours à la même heure depuis son arrivée, Elle ne s'en était jamais aperçue, et pourquoi a-t-elle été frappée de leur bruit fortuitement dans une nuit donnée ? Cet état d'obsession, accompagné tantôt de moments d'excitation, de colère même, était remplacé, le plus souvent, par une période de calme et de mutisme dans laquelle la malade ne voulait donner aucune explication sur son état. Cette situation maladive se prolongea pendant deux mois et demi environ. La malade rentra chez elle dans un état d'amélioration relatif, et, j'appris qu'elle vivait chez elle, calme en apparence, mais fuyant la société, et probablement encore troublée par des obsessions à apparitions irrégulières.

Dans d'autres circonstances ce sont des impressions d'origine visuelle, persistantes, qui deviennent accidentellement une occasion de trouble et d'obsession.

Madame T., 36 ans, mariée à un riche négociant adonné aux boissons alcooliques et par suite d'un caractère violent, eut dans son intérieur des causes multiples de chagrins et d'émotions. Douée d'un caractère faible et entourée d'une famille qu'elle affectionnait beaucoup, elle était sans cesse en butte à des ébranlements de toute espèce. Probablement sous le coup de cette préparation lente, un jour qu'elle rangeait différents papiers de sa correspondance, elle fut surprise de rencontrer parmi ces

papiers la photographie d'un ami de son mari. Soit qu'il y eût un saisissement subit, soit que cette photographie lui rappelât certaines privautés accordées au personnage, elle se crut immédiatement compromise, brûla ce portrait, brûla tous les papiers qui étaient autour de lui, et, à partir de ce moment, se mit à fouiller dans tous les tiroirs de la maison, obsédée par l'idée qu'il y avait quelque part des papiers compromettants pour elle. Cette obsession des papiers compromettants devint en quelques jours l'occasion d'anxiétés répétées, et, — chose remarquable ! — il y eut rapidement une dérivation de l'idée première, si bien qu'au bout de quelques semaines, devenue anxieuse, tourmentée et tourmentante pour son entourage, ce n'était plus un portrait isolé qu'elle voulait anéantir, mais tous les petits papiers qui se présentaient dans son champ visuel et qu'elle croyait compromettants.

Il arrivait ce fait bien bizarre, que cette malheureuse dame, lorsqu'elle était chez sa mère, chez ses sœurs, faisait la chasse à tous les petits morceaux de papiers qu'elle apercevait. Et même dans les magasins elle fouillait et ramassait ceux qu'elle rencontrait. Bien plus, un jour, en plein boulevard, elle s'arrêta brusquement pour ramasser un papier au risque de se faire écraser par les voitures. En dehors de ces impulsions automatiques qui captivaient toute son attention journalière, la malade était parfaitement lucide, elle reconnaissait l'absurdité de ses actes, mais elle ne pouvait pas s'y soustraire, c'était plus fort qu'elle, elle était forcée d'obéir. — De là, des moments d'angoisse, des anxiétés qui troublaient le repos de ses nuits et l'empêchaient de s'occuper de quoi que ce fût. Cet état s'amenda notablement au bout d'un traitement de trois mois, la malade ayant été complètement isolée de son milieu habituel.

Dans le même ordre d'idées, Legrand du Saulle a rapporté une histoire très intéressante d'une jeune femme mariée, qui, à la suite des premiers rapports conjugaux, fut prise d'obsessions de nature érotique, qui s'implantèrent dans son esprit et s'imposaient sous mille formes à son imagination déréglée, à propos des moindres incidents de la vie courante (1).

Les conceptions fixes consécutives à des perversions du goût et de l'odorat ne sont pas rares et chacun sait que l'on rencontre un grand nombre de malades qui trouvent dans les aliments qu'on leur sert des

(1) Voir le mémoire de Taguet. *Annales médico-psych.* 1876, T. I, p. 193.

sapidités inconnues,— le goût du cuivre, du zinc, de substances nauséabondes dont ils recherchent les origines avec force déductions. Ils sentent des odeurs dont ils sont poursuivis et qui elles-mêmes ne sont que le souvenir d'odeurs réelles. — Un jeune homme, auquel j'ai donné pendant longtemps mes soins, et qui était parfaitement lucide, évitait de se trouver devant une cheminée, parce que cette cheminée, disait-il, dégageait des vapeurs de chloroforme.— Ces obsessions qui intéressent directement les fonctions digestives peuvent, à un moment donné, avoir des conséquences très graves au point de vue de l'alimentation des malades. La pratique journalière révèle en effet qu'un grand nombre des malades qui mangent difficilement sont ou bien des individus franchement hallucinés de l'ouïe ou de l'odorat, ou bien des obsédés qui supposent qu'on altère leurs aliments et qu'on cherche ainsi à les empoisonner.

Lorsque les diverses plexus de la sensibilité viscérale sont intéressés dans leur manière d'être, ils apportent au for intérieur une série d'incitations douloureuses qui se transforment et deviennent ainsi de véritables obsessions d'origine viscérale, de provenances variées, qui toutes sont automatiques, impératives, et laissent plus ou moins les facultés intellectuelles dans une lucidîté parfaite.—Elles arrivent néanmoins à provoquer un retentissement d'autant plus douloureux qu'elles ont leurs racines dans les profondeurs des grands rouages ne la machine organique. — Les obsessions qui se déroulent alors en des vocabulaires spéciaux, imagées, discutées itérativement par les malades, constituent cette catégorie spéciale de perturbations mentales, connue

depuis longtemps par les auteurs sous le nom de conceptions hypochondriaques.

Je cite dans cet ordre d'idées-ci l'histoire abrégée de deux malades, ayant appartenu à mon service et dont j'ai déjà eu l'occasion de rapporter l'histoire. Toutes deux ont présenté le type le plus accompli de l'obsession hypochondriaque persistante et continue avec conservation de la lucidité.

Chez la première d'entre elles l'obsession consistait dans l'idée fixe de l'existence d'un tœnia vivant depuis plusieurs années dans son intestin. Cette femme, âgée d'une cinquantaine d'années était très intelligente. Elle avait été dans le commerce; elle avait beaucoup voyagé, avait parcouru une partie de l'Amérique, et, à la suite d'une nourriture défectueuse, prétendait avoir contracté le tœnia. Après avoir subi tous les traitements usités en pareille matière, elle avait fini par prendre son parti du tœnia que son imagination avait conçu, et elle parlait avec complaisance des sensations de reptation qu'elle éprouvait dans son intestin, des picotements qui indiquaient le déplacement du parasite, des heures auxquelles il devenait plus indocile, etc., et — toute pleine de ces récits, elle sollicitait toujours de nouveaux remèdes pour la délivrer de son ennemi. Je cédai volontiers quelquefois à lui donner des ténifuges et à ma connaissance elle ne rendit jamais aucun fragment d'entozoaire. En dehors de cette conception fixe engendrée par une sensation d'origine abdominale, cette femme jouissait d'une lucidité parfaite et présentait le type le plus accompli d'une véritable obsession persistante et incoercible. Elle succomba à une maladie incidente, aux suites d'une pevli-péritonite consécutive à un cancer du col utérin.

L'examen de la substance cérébrale, entre autres détails anatomiques des plus intéressants, a permis de constater une irrégularité de conformation entre les deux lobes cérébraux. Le lobe gauche présentait une exubérance considérable du lobule paracentral avec gonflement hypertrophique de la partie supérieure des deux circonvolutions marginales correspondantes. Les régions similaires du lobe opposé étaient tout à fait à l'état normal. Il y avait en même temps des irrégularités dans la constitution des circonvolutions frontales gauches, et, à l'examen des régions centrales, la substance grise des deux couches optiques était fortement hypérémiée.

Chez la seconde malade, âgée de 57 ans, atteinte d'obsessions hypochondriaques, que j'ai eu l'occasion d'étudier, ce sont des phénomènes de même ordre qui se sont présentés à mon observa-

tion. Seulement l'obsession, loin d'être localisée sur l'idée fixe d'un seul tœnia, était beaucoup plus étendue Cette malade était entrée plusieurs fois dans mon service pour des hémorrhoïdes qui développaient chez elle l'idée de chenilles existant dans l'intestin. Ces chenilles, la malade les sentait aller et venir dans son intestin. Au bout de quelques semaines de traitement dans l'infirmerie elle retournait dans les dortoirs et revenait au moment d'une nouvelle crise. La dernière crise qui l'amena avait un caractère beaucoup plus grave que les précédentes. La malade était inquiète anhélante, incessamment en mouvement, se plaignant à la fois de la gorge, des yeux, des oreilles. Elle était animée et se disait envahie par des milliers de chenilles qui étaient dans son sang, qui allaient dans sa tête, dans ses yeux, dans ses oreilles. Pendant plusieurs semaines qu'elle fut soumise à notre observation elle devint plus calme, il est vrai, mais je l'entendis tous les matins tins se plaindre avec émotion des sensations étranges dont elle était obsédée, de l'endolorissement général qui l'accablait et de la persécution qui lui était infligée, elle ne savait pourquoi. En dehors de ces idées délirantes, cette malade était encore capable de discernement. Elle jugeait sa situation. Elle recherchait même les distractions, mais ne pouvait s'appliquer à lire, attendu que la moindre contention d'esprit développait chez elle un retour agressif des obsessions qu'elle voulait éviter. Dans les derniers jours de sa vie elle fut prise de congestion cérébrale, d'exaltation délirante, et succomba rapidement en 24 heures. — A l'autopsie je rencontrai pareillement des irrégularités dans la disposition des circonvolutions frontales, la deuxième surtout et la frontale ascendante. Les lobules paracentraux étaient à droite et à gauche notablement tuméfiés. Il y avait une hypérémie générale de la pie-mère (lésion récente). La pie-mère et la dure-mère, l'écorce étaient pareillement d'une teinte rosée avec des foyers irréguliers d'hypérémie. Les régions centrales, couches optiques, présentaient des traces d'anciens foyers multiples de coloration ocreuse et du volume d'une petite tête d'épingle. Les parois artérielles des régions thalamiques étaient très notablement athéromateuses (1).

Les incitations morbides irradiées des plexus utéro-ovariens, et devenant les origines de véritables obsessions de nature spéciale, ne sont pas rares. J'ai vu à plusieurs reprises des jeunes femmes atteintes de troubles menstruels, engendrer la notion de corps étrangers introduits dans le vagin, et cher-

(1) Luys. *Pathologie mentale*. Planche 3, fig. 3 et 4.

chant à les extraire de mille façons. J'en ai vu d'autres, et même des jeunes filles vierges, obsédées par l'idée qu'elles étaient enceintes. Chez une jeune fille confiée à mes soins, et qui était sous cette obsession depuis plusieurs mois, un accès de délire éclata et mit fin, après sa disparition, à la fausse conception première. J'ai vu pareillement une dame de 36 ans, mère de plusieurs enfants, qui, à un moment donné, sans cause connue, dans la période de déclin d'une maladie mentale d'origine hallucinatoire fut prise de l'idée fixe qu'elle allait accoucher et qu'il fallait tout préparer. Effectivement, sous l'influence d'un état de surexcitation cérébrale concomitante, elle devint anxieuse, et s'exclamant qu'elle allait accoucher, nous donna pendant plusieurs jours de suite la répétition à vide des phases diverses de la parturition. Bien plus ! Après avoir idéalement ainsi accompli l'œuvre de sa délivrance, le processus se déroula jusqu'à l'épilogue, et nous fûmes surpris de voir la malade demander à allaiter son nouveau-né fictif. Elle sentait disait-elle ses seins turgides. Cette dame, délivrée de cette obsession obstétricale après 8 à 10 jours de durée environ, récupéra peu à peu l'exercice de ses facultés et put rentrer dans sa famille.

Je citerai encore le cas de Madame G., mariée, sans enfants, âgée de 40 ans, qui, depuis plusieurs années, sans troubles apparents du côté des organes génitaux, a été obsédée par l'idée que, quand elle est assise, il y a un corps étranger, qui, partant de la chaise où elle repose, pénètre dans le vagin et la tient forcément immobile. Une fois assise, cette dame reste quelquefois plusieurs heures sans bouger. Elle explique elle-même la sensation qu'elle éprouve, dit qu'elle est réelle et qu'elle ne peut pas s'en débarrasser,

Chez l'homme les troubles des mêmes régions sensorielles sont susceptibles de retentir douloureusement sur le sensorium et d'amener des phénomènes dépressifs de nature hypochondriaque. Les troubles divers de l'innervation génitale se traduisent la plupart du temps chez lui par l'idée de l'impuissance et l'appréhension inconsciente de ne pas accomplir régulièrement les fonctions viriles. Cette idée d'impuissance devient, beaucoup plus souvent qu'on ne croit, une obsession chez un certain nombre d'hommes, et une obsession d'autant plus pénible que les moyens de s'en débarrasser sont difficilement acceptables.

Comment en effet conseiller à un homme, qui est obsédé de l'idée qu'il est impuissant, d'aller se démontrer à lui-même qu'il ne l'est pas ? alors que toute tentative de rapprochement sexuel est par avance dans son esprit frappée de nullité? On voit, combien l'état émotif spécial qui préside à la perpétration des rapports sexuels est susceptible, lui aussi, de passer par des alternatives de haut et de bas, et combien les phénomènes généraux de la vie des éléments nerveux trouvent pareillement à son sujet leur application régulière, puisqu'il est soumis aux mêmes obsessions d'ordre automatique que nous avons rencontrées ailleurs.

B. — C'est surtout lorsque les régions émotives, si impressionnables par elles-mêmes, et si richement pourvues d'aptitudes automatiques, sont perticulièrement mises en éréthisme que l'on voit les phénomènes de l'obsession acquérir leur plus haut degré d'intensité. Les facultés émotives de l'être humain, sous toutes leurs formes les plus dissemblables, sont alors susceptibles d'entrer en éréthisme

et d'acquérir un degré d'incoercibilité telle qu'elles constituent les tableaux les plus poignants de la pathologie mentale (1).

Tantôt c'est un homme scrupuleux jusqu'à l'excès, dont la conduite privée et publique a toujours été un modèle de délicatesse et de régularité, et qui, à un moment donné, est obsédé de l'idée qu'il a commis des malversations, qu'il est coupable de faux et qu'il déshonore sa famille. L'obsession le suit nuit et jour, lui suscite l'horreur de la vie, le pousse à se nourrir insuffisamment et finalement devient une cause de détérioration physique. Il raisonne sa situation, il discute les allégations mensongères dont il est abreuvé, mais néanmoins il sent l'inanité de ses raisonnements et demeure silencieux, la plupart du temps, comme dominé par la puissance du mal.

Tantôt c'est une femme mariée, mère de famille, d'une conduite irréprochable, atteinte d'anxiété mélancolique arrivée à un degré extrême, n'ayant pour origine première qu'un scrupule religieux. Elle croit avoir offensé Dieu par des actes d'impiété, par des pensées obscènes, et elle sent que cependant elle n'est pas coupable et que ses pensées persistantes sont plus fortes que sa volonté.

Tantôt ce sont des accès de terreur et de véritable effroi qui s'emparent subitement de certains malades et les provoquent à pousser des gémissements et des pleurs, malgré eux et sans qu'ils puissent accuser qui que ce soit. — Ils ont peur, disent-ils, c'est

(1) Voir Luys. *Pathologie mentale*. Chapitre relatif à l'émotivité normale et pathologique, p. 113, et p. 429.

plus fort qu'eux, ils ne peuvent pas dominer l'élan de cette émotion (1).

Voici encore quelques exemples dans lesquels les régions émotives sont particulièrement sollicitées.

Madame de B., mère de plusieurs enfants, 36 ans, très impressionnable. A la suite de vives contrariétés dans son intérieur elle devint insensiblement très exaltée et voulut quitter sa famille. A ce moment confiée à nos soins, elle nous fit part d'un ton très ému des modifications dans son état mental dont elle se sentait envahie. Elle se sentait, disait-elle, sous l'empire de pensées involontaires obscènes, elle croyait qu'elle allait être entraînée à déshonorer sa famille malgré elle. Ses journées se passaient dans des objurgations de toute sorte pour demander aux siens pardon des pensées qui l'assiégeaient. Elle se plaignait de toutes ses forces, les larmes aux yeux, et quand on la voyait ainsi, pleine de douleur, on ne pouvait pas s'empêcher de sympathiser avec elle et de l'encourager dans la persévérance, dans la lutte. Cet état aigu d'exaltation sensitive, exempt très nettement d'hallucination, s'effaça insensiblement, et, au bout de trois mois, put permettre à la malade de rentrer dans sa famille.

Billod (2) dans le même ordre d'idées a rapporté une observation à peu près semblable.

Une de mes malades, dit-il, me rendait compte chaque jour de toutes les conceptions délirantes qui avaient assiégé son esprit dans l'intervalle de mes visites, ajoutant : « Je sais bien que tout cela est faux, mais cela me tourmente et m'attriste comme si c'était vrai. » Une fois, par exemple, elle me dit : « Vous connaissez mes deux nièces ; ce sont deux excellentes filles, deux cœurs d'or ; je suis sûre d'elles et de leurs excellents sentiments pour moi ; eh bien, ne me suis-je pas imaginé qu'elles voulaient m'empoisonner pour recueillir plus tôt mon héritage ! C'est absurde, je le reconnais ; je sais que cela n'est pas vrai, je suis honteuse pour

(1) Il est curieux de constater que, dans un certain nombre de cas, ces terreurs involontaires ne sont que la propagation à l'état de veille de certaines situations terrifiantes engendrées pendant la période de sommeil de la nuit précédente, à l'état de cauchemar. Les malades, disent-ils, se sentent obsédés par des idées d'émotion triste au moment du réveil, et cet état qui se prolonge ainsi a ses origines premières dans un rêve tristement engendré.

(2) Billod. *Maladies mentales*, p. 494.

elles de semblables pensées, mais je ne peux m'en défendre, et cela me tourmente comme si c'était vrai. »

Cet état de captation des facultés mentales quelquefois acquiert un degré d'intensité telle qu'on est vraiment surpris de voir avec quelle netteté d'expression les sujets envahis révèlent par leurs paroles les émotions latentes. Je transcris ci-jointe, de la bouche même d'une de mes malades, qui était venue à ma consultation de la Salpêtrière, les phrases suivantes, d'un style haché, qui expriment fidèlement l'état de sa sensibilité intime. Cette femme, arrivée à un certain degré d'exaltation, était poursuivie de l'idée qu'elle était coupable d'avoir eu la pensée de tuer son enfant. « Jamais cette idée ne me quitte, « disait-elle, ni le jour ni la nuit. Cela me suit « comme l'ombre et j'ai l'émotion de terreur comme « si on venait m'arrêter; cela ne me quitte plus, « cela résonne particulièrement dans mon oreille « droite, cela me pousse à marcher, à courir comme « une folle et cependant je ne suis pas folle. J'ai tou- « jours l'idée de cela, cela ne me quitte pas une « minute, cela me gêne pour compter. Quand je « parle à quelqu'un, je n'ai pas idée de ce que je dis « ni de ce que je suis. Quand je vous parle, j'y pense « encore etc., etc. »

3° Lorsqu'il s'agit de la mise en activité morbide des régions psycho-motrices, soit qu'elles entrent primitivement en jeu, soit qu'elles ne se mettent que secondairement en mouvement, les phénomènes de l'activité involontaire automatique se révèlent encore avec un caractère de fatalité et d'entraînement qui porte les malades à des actes ridicules et absurdes qu'ils accomplissent malgré eux et en quelque sorte

sans le savoir, et, chose remarquable, qui est toujours ici la caractéristique de l'obsession, ils luttent contre eux-mêmes! et quand l'acte est accompli, ils ont le sentiment de la honte et du remords.

On rencontre en effet assez souvent dans les asiles des sujets qui sont entraînés à parler malgré eux, à prononcer certaines phrases automatiques.

Ils sont atteints en quelque sorte d'une *chorée du langage*. Ils s'entendent articuler certains mots, certaines phrases qui partent malgré leur volonté et qu'ils regrettent aussitôt d'avoir prononcés.

Une malade de mon service, atteinte depuis longtemps de phénomènes impulsifs est par moments prise de trouble des facultés psycho-motrices, en vertu duquel elle ne peut rester en place. Tout en demeurant lucide, elle parle malgré elle, prononce des mots qu'elle regrette, et interpelle d'une façon inaccoutumée les personnes qu'elle respecte le plus. C'est dans ces moments-là qu'elle me tutoye, et, pour me témoigner le désir qu'elle a de rester dans mon service, qu'elle s'exprime ainsi : « Et je te prie, mon chef, de me conserver dans ta sainte musique et ton saint sacrement, etc. »

Le docteur Rosiau, cité par Briquet, a vu une demoiselle hystérique fort pieuse, hallucinée, qui, assez fréquemment, et involontairement, puisqu'elle en était elle-même scandalisée, laissait échapper des injures contre la divinité.

Il existe encore, ajoute Briquet (1), une dame très connue dans le grand monde, qui, au milieu d'une conversation, s'arrête pour répondre plusieurs fois de suite *petit cochon* et quelquefois des termes plus grossiers.

Une dame recevant ses amis s'écriait : « C..., animal, fichue bête. » Son gendre la reprenait en disant aux amis interpellés : « Madame vous invite à vous asseoir (2). »

(1) Briquet. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 321.

(2) Itard. *Archives de médecine*, 1825, cité par Briquet, *loc. cit.*

J'ai du reste rapporté déjà une série de faits semblables (1) et qui tendent tous à confirmer la proposition que j'ai émise au début de cet article, à savoir que ces faits, quelque bizarres qu'ils soient, inexpliqués jusqu'ici, sont réductibles à des lois générales simples; et qu'ils ne sont imputables à aucune autre cause qu'à l'exaltation d'une propriété physiologique, de la cellule nerveuse, l'automatisme incoercible qui, se manifeste d'une manière isolée dans une région quelconque de l'écorce cérébrale.

Dans d'autres circonstances, on voit des malades qui sont automatiquement entraînés, non pas à combiner des mouvements isolés, comme précédemment, pour la prononciation de certaines phrases, mais bien à produire des mouvements d'ensemble pour la marche, pour sauter, pour danser, pour monter sur les meubles sans motif, sans raison plausible, pour faire des grimaces même sans qu'ils puissent modérer cette obsession d'un nouveau genre.

Ces obsessions des facultés motrices dans un certain nombre de cas se concentrent dans l'individu et ne sortent pas de lui pour aller s'épandre au dehors. Elles restent en quelque sorte à l'état de réaction musculaire et automatique, mais il est toute une série de faits dans lesquels l'obsession morbide psycho-motrice ne reste pas contenue chez l'individu. Elle se fait jour au dehors sous forme d'actes impulsifs, s'associe à des pensées étranges, et prend autrui pour objectif. — C'est dans ces circonstances qu'on voit les malheureux patients envahis par des obsessions qui les portent à voler et à nuir à leur prochain. Ils luttent avec énergie contre eux-mêmes, contre leurs projets extravagants, et arrivent quelquefois, sinon à maîtriser l'obsession qui les domine, du moins à en

(1) Luys. *Actions réflexes cérébrales*. Paris, 1874.

neutraliser la traduction. — En voici un exemple frappant :

Madame X..., propriétaire, 40 ans, mère de famille, très honorablement connue dans son pays, ayant un mari d'un caractère doux et qu'elle aime sincèrement, à la suite d'une couche, tomba dans un état d'anémie profonde et alors son humeur s'assombrit et elle fut prise de l'idée de tuer son mari.

Cette idée devint bientôt une obsession des plus pénibles qui la poursuivait le jour et la nuit, et comme elle sentait, qu'à un moment donné elle pourrait d'autant plus facilement accomplir cet acte de meurtre qu'elle couchait dans le même lit que son mari, elle prit la résolution d'enfermer le couteau qu'elle avait acheté pour perpétrer son œuvre dans un tiroir de commode, fermé à clef, et dont elle tenait la clef cachée sous son oreiller. « J'employai ce moyen, me dit-elle, parce que je savais qu'au moment où mes mauvaises idées me prendraient, pendant les courts instants où j'irais avec cette clef ouvrir le tiroir de la commode pour prendre le couteau, la réflexion me serait venue et que je serais ainsi rentrée en moi-même. » — Voici encore un exemple qui prouve combien l'obsession poussant les patients à commettre des actes involontaires a un caractère impératif et combien l'individu se rend compte qu'il n'est plus lui-même au moment où il fait ses extravagances.

Le nommé X..., 35 ans, sent très bien qu'il fait mal, qu'il est méchant et dangereux. Il en a la conscience et il convient de tout, mais il ajoute qu'il n'a nulle envie de changer. Il insulte les gardiens, profère contre eux les plus abominables paroles, menace de tuer sa femme, etc... Il explique du reste qu'il n'a pas toujours été ainsi. C'est sa folie qui le pousse à proférer des injures et des calomnies et à faire des menaces (1).

Trélat a cité un cas à peu près semblable. — Mademoiselle X... est presque périodiquement sujette à des accès de manie dans lesquels elle frappe à coups redoublés tout ce qui est à sa disposition. Elle dechire ses draps, ses vêtements, ses couvertures et ses matelas, brise ses meubles et tout ce qu'elle peut

(1) Dagonet. *Annales médico-psychologiques*, 1870, T. II, p. 14. De la folie impulsive.

trouver sous sa main. Pendant ce temps, et jusqu'au milieu de ses plus grands désordres, elle conserve son intelligence, répond juste et si on lui reproche de tout détruire elle dit et affirme qu'elle ne peut faire autrement (1).

C'est encore un cas d'obsession engendré par les facultés automatiques du cerveau en activité morbide que le cas de cette femme dont Morel nous a rapporté l'observation.

Cette malheureuse, dont l'existence n'était qu'un long gémissement, avait tenté dans un accès de délire émotif de tuer sa mère et son enfant qu'elle aimait tant. Elle ne se plaignait pas d'être avec des aliénées, quoiqu'elle possédât sa raison, mais elle avait la conscience (fait qui démontre bien nettement l'obsession inéluctable dont elle était atteinte) que, rendue à la liberté, elle ne pourrait commettre que des actes de folie. C'est parmi ces individus, raconte l'auteur, que vous rencontrerez des aliénés qui vous demandent d'aller en prison, d'être condamnés à mort, d'être renfermés dans un cachot (2).

III

Les différents types d'observations que nous venons de présenter successivement comme exemples d'obsessions pathologiques nous montrent bien qu'il s'agit ici d'un processus psychopathique nettement caractérisé et ayant au moins, dans une certaine période de sa durée, la valeur d'une unité nosologique indiscutable. Le processus dans son ensemble évolue en une série d'accès. Ces accès peuvent se guérir sans complication apparente au bout de deux ou trois mois de traitement, comme les accès d'une manie rudimentaire, à peine ébauchés ; ou bien, suivant que le terrain est plus ou moins bien disposé, ils peuvent

(1) Trélat. *Folie lucide*, p. 397.
(2) Morel. *Annales médico-psychol*, 1870, p. 118.

se répéter à courts intervalles et finir par constituer un processus continu qui aboutit fatalement à la démence.

Ce que nous avons dit au début de cet article au sujet de la solidarité intime qui relie entre eux les réseaux de l'écorce et de la propagation à distance des incitations morbides, nous autorise à accentuer de nouveau la gravité d'un foyer d'irritation localement développé dans un point quelconque de cette écorce et la nocivité dont il est doué au point de vue de son rayonnement vers les zones ambiantes.

C'est en raison de ce mécanisme organique, que l'individu, sous le coup d'une obsession vive qui le poursuit depuis quelque temps, sent peu à peu les énergies de la résistance faiblir en lui. La portion demeurée saine de sa personnalité consciente devient incapable de continuer la lutte contre ce foyer d'activité automatique incessamment en action qu'il porte en lui-même. Elle succombe peu à peu et l'on voit alors, la lucidité intellectuelle disparaître insensiblement et le patient demeurer silencieux, éteint, sans réaction spontanée, oublieux de ses anciennes pensées comme de ses anciennes émotions. Il semble dès ce moment qu'il y ait chez lui une portion notable de sa substance cérébrale qui soit déjà annihilée, diminuée dans ses énergies premières et frappée d'inactivité fonctionnelle incurable.

Le phénomène pathologique *obsession* peut donc, dans la plupart des cas apparaître et disparaître une fois, deux fois et trois fois, et rester plusieurs années avant de faire une nouvelle apparition dans l'organisme. Mais si, dans un certain nombre de cas, le mal semble avoir oublié sa victime, il y a bien des chances pour supposer que les conditions premières qui lui ont donné naissance venant à persister, les

rechutes et les complications arriveront, et à la suite amèneront fatalement un état d'affaiblissement mental progressif et incurable.

Le diagnostic de l'obsession pathologique se fait ordinairement de lui-même. Il suffit, d'une part, de constater l'envahissement de l'individu par des pensées, des émotions, des impulsions qui s'imposent avec acharnement à lui et maîtrisent sa volonté, et, d'autre part, de constater que l'individu envahi a conscience de son état, et assiste, spectateur involontaire, au désordre dont son for intérieur est l'objet.

Quand les choses restent dans ces conditions de simplicité et qu'on arrive au bon moment, le diagnostic de l'obsession mentale est généralement facile à faire. Mais dans la pratique générale il n'en est pas toujours ainsi. Les processus psychopathiques, ne sont pas en effet des unités nosologiques stables, comme par exemple la pneumonie, la péricardite, l'hépatite, l'entérite etc... Nous les créons tels qu'ils sont pour les besoins de notre classification et comme procédé d'étude. Mais dans la nature rien chez eux n'est stable, ni fixe. C'est la mutabilité qui domine et caractérise leur manière d'être. Ils sont vivants ; ils se meuvent comme la matière organique qui les supporte, et c'est ainsi qu'ils se transforment, que, chemin faisant, ils s'adjoignent d'autres facteurs nosologiques, et qu'au bout d'un certain temps, ils perdent les caractères des phénomènes localisés qu'ils avaient tout d'abord, pour se propager à distance et solliciter la presque totalité de la substance cérébrale, qui devient ainsi complice et partie prenante des premiers désordres considérés tout d'abord comme insignifiants.

Cette mutabilité des caractères psychopatiques des obsessions, à mesure qu'elles s'implantent dans la substance du cerveau et s'y éternisent, est donc un caractère spécial de leur manière d'être, et, c'est par cela même qu'à un moment donné de leur évolution, on est forcément a mené à les confondre avec des processus congénères, siégeant dans les mêmes régions, les hallucinations psychiques devenues chroniques.

Au fur et à mesure, en effet, que l'obsédé est chronique, a cessé de lutter, et que l'élément réactionnel n'est plus vivant en lui, le combat est fini. — Il est subjugué par le mal qui le domine, il devient inconscient, il ne discute plus avec la fausse conception qui l'a envahi, et dès ce moment il vit en dehors du monde extérieur, comme les hallucinés chroniques dont le cerveau est hanté par d'anciennes conceptions. Et il dure de longues années, absorbé en lui-même, inactif, incapable d'occupation quelconque, et fermé aussi bien aux impressions du monde ambiant qu'aux émotions de la nature humaine.

Les conditions pathogéniques qui président à l'apparition du phénomène de l'obsession sont celles qui, d'une manière générale, président à la naissance de toutes les vésanies. La prédisposition héréditaire joue ici un rôle prépondérant. Chez tous les malades que j'ai observés jusqu'à présent, j'ai constamment trouvé une influence héréditaire sous-jacente.

La disposition générale de l'esprit est encore une condition qui favorise l'éclosion de la maladie. Les individus d'un caractère faible, les émotifs, ceux qui se disent d'un tempérament nerveux, sont tous plus ou moins les victimes désignées à l'avance des obsessions pathologiques. Les femmes m'ont paru pré-

senter un plus fort contingent que les hommes, soit que leur émotivité natureile les prédispose aux vésanies, soit que les troubles de l'activité utérine viennent concourir à produire en elles certains désordres de nature impulsive. On sait, en effet, qu'un certain nombre de femmes, au moment de la gestation, sont prises d'idées fixes, d'impulsions irrésistibles à faire des actes extravagants, à commettre même des actions délictueuses (vol aux étalages), et qu'en un mot l'état de grossesse est une phase difficile à passer pour certaines natures de femmes ayant de la propension aux obsessions pathologiques (1).

On rencontre les obsessions pathologiques aux différentes phases de la vie. J'ai vu deux jeunes enfants obsédés par des émotions de terreur persistante, disparaissant d'une manière fugitive et reparaissant sous forme d'accès (2). Ces phénomènes sont de la plus haute gravité, lorsqu'ils n'ont pu être arrêtés à temps, au point de vue du développement mental des sujets intéressés. J'ai vu pareillement des obsessions se présenter jusqu'aux limites extrêmes de la vie, vers l'âge de 80, 82 ans, chez des sujets ayant du reste déjà présenté des troubles psychiques préparatoires.

Parmi les causes déterminantes, nous trouvons l'ensemble des influences générales qui congestionnent et développent d'une façon exagérée la somme de travail que peut fournir le cerveau, Ainsi, en première ligne, le surmenage cérébral, les veilles prolongées, l'influence de la contention de l'esprit

(1) Legrand du Saulle. — *La folie devant les Tribunaux.* — *De la grossesse*, p. 560.

(2) Voir à ce sujet la très remarquable thèse inaugurale de Debaker. Paris, 1881, sur les hallucinations et les terreurs nocturnes chez les enfants et les adolescents.

C'est le meilleur travail que nous ayons jusqu'ici sur cette question si peu connue.

daus un ordre d'idées toujours le même (action nocive de l'étude à outrance des mathématiques pour certaines individualités), les influences dépressives des émotions tristes, des chagrins prolongés, des revers de fortune, etc...

Ces influences variées, qui épuisent simultanément les réserves des régions intellectuelles et psychiques, amènent en même temps une usure de la vitalité cérébrale, et de là engendrent une prédisposition générale dans l'ensemble des facultés, une sorte de tendance à l'inertie et à l'abandon, en vertu de laquelle le cerveau, dans une sorte d'état languissant, est de minime résistance aux incitations morbides qui viennent retentir dans son intérieur. — Le cerveau surmené de différentes façons peut être justement comparé à l'état général d'un homme surmené par la fatigue, et qui, par cela même, est exposé sans défense à toutes les incitations extérieures qui viennent l'assaillir. De même que l'homme fatigué, qui ne peut plus bouger pour changer sa situation, de même le cerveau fatigué, incapable de se mobiliser, impuissant à changer les idées fixes qui l'obsèdent, les émotions incoercibles qui se sont imposées en lui, reste fixe comme une proie inerte, livrée en pâture aux influences morbides qui viennent l'assaillir.

C'est dans cet ordre d'idées, dans cette recherche du surmenage de l'activité cérébrale, dans ce défaut d'équilibre de la vie automatique éteinte sur place alors qu'elle est ailleurs en état d'éréthisme, qu'il faut chercher le secret de l'implantation des idées fixes, de l'incoercibilité des émotions morbides, qui se développent sur un terrain tout préparé et incapable de résistance. C'est donc dans ces cas que les influences morbigènes ont leur maximum d'effet. — Voyez au contraire ce qui arrive chez les sujets d'un

tout autre tempérament cérébral, ceux chez lesquels il y a une exubérance de vie et de jovialité intime ? — Ces mêmes influences pathogéniques, fussent-elles même plus intenses, restent inertes et sans trace persistante, dans un milieu cérébral énergique, vivant avec entrain et apte à se mobiliser, c'est-à-dire à changer automatiquement ses idées et ses impressions, et à se *distraire*, dans le sens grammatical du mot.

Dans l'étude pathogénique des affections mentales, toute l'histoire passée, présente et future de la maladie est donc exclusivement concentrée, moins dans la recherche des causes déterminantes de très minime importance qui sont d'ordinaire grossies par les familles, que dans l'appréciation de l'état cérébral antérieur du sujet qui était préparé de longue date à succomber sous l'action du moindre choc.

Les rêves persistants sont encore une condition pathogénique qui joue un certain rôle dans le mode d'apparition des obsessions.

On sait, en effet, et j'en ai cité le premier, certains exemples (1), que l'état vibratoire automatique des cellules cérébrales, qui, dans certaines conditions d'irrigation vasculaire, entrent en éréthisme pendant la période de sommeil, ne s'arrête pas précisément au moment où la période de veille commence, mais qu'il pénètre au-delà et s'avance comme une enclave au milieu de l'activité diurne des éléments cérébraux. Il résulte de ce travail anormal de la vie des éléments nerveux, dont les uns sont animés d'un ébranlement d'origine nocturne et les autres d'un ébranlement d'origine diurne, une double action

(1) Luys, *Pathologie mentale*, p. 269.

enchevêtrée qui fait que l'individu pendant la journée continue son rêve. Il est très vraisemblable qu'un grand nombre d'états émotifs avec frayeur n'ont pas d'autre origine pathogénique que ce travail morbide double accompli dans l'esprit. On sait, en effet, que c'est principalement pendant la nuit que nous sommes le plus prédisposés à sentir se développer en nous les émotions d'angoisse et de terreur. Je ne fais que d'indiquer l'influence persistante des rêves dans le domaine de l'activité diurne, en appelant l'attention des jeunes médecins sur ce point. délicat de la psychologie pathologique. Il y a, en effet, dans la question de l'étude des rêves telle que je l'ai envisagée, comme manifestation automatique de l'activité des différents groupes de cellules isolés, toute une série intéressante de recherches à poursuivre au point de vue de la pathogénie et de la transformation de certaines natures de délire.

Enfin, il y a dans la pathogénie des obsessions, à faire encore une grande part à l'action des substances alcooliques. L'action de l'alcool amène en effet, à un moment donné, une superexcitation cérébrale, laquelle laisse peu à peu un certain degré de fatigue et d'obnubilation des facultés. L'alcoolique, une fois qu'il a une dose d'alcool dans le cerveau qui l'a monté à un certain degré d'éréthisme, est susceptible d'avoir des hallucinations et surtout des illusions sensorielles.—Il entend de travers ce qu'on lui dit. Il croit qu'on l'injurie alors qu'on ne lui parle pas, qu'on le regarde de travers, et suivant que c'est telle ou telle personne dont il a à se plaindre, il la poursuit de ses menaces, et, sans s'en douter, dans un état de demi-lucidité, il tombe sous l'empire de certaines obsessions.

On sait en effet qu'un grand nombre d'actes délictueux et criminels sont commis la plupart du temps par des sujets alcoolisés, en période de demi-lucidité, dominés par une idée fixe, par un désir de vengeance, par des impulsions irrésistibles, qui se sont successivement implantées dans leur esprit et sont devenues des obsessions pathologiques.

La thérapie des troubles psycho-intellectuels qui constituent l'obsession n'a pas de moyens directs à leur opposer. Ce sont les principes généraux qui conviennent au traitement des maladies mentales qui leur sont légitimement applicables, et c'est pour cela que nous n'insistons pas d'une manière spéciale sur les moyens de les traiter.

La première préoccupation du médecin, en présence d'un individu poursuivi par une obsession, soit qu'elle dérive des régions intellectuelles, émotives ou psycho-motrices, c'est de songer qu'il est en présence d'un processus morbide à évolution ultérieure fatale et dont il constate la première étape. Il devra donc, la maladie étant encore jeune, s'il est appelé à ses débuts, faire tout son possible pour l'éteindre et l'empêcher de progresser. Il conviendra ainsi, malgré la bénignité des symptômes, de soustraire tout d'abord le malade aux influences pathogéniques de son milieu ambiant et de le placer dans un asile où il recevra les soins physiques et moraux appropriés à sa situation. Dans l'asile il trouvera des conditions établies de repos physique et moral, l'éloignement de toutes les causes perturbatrices qui ont amené et entretenu le trouble de son esprit et de ses émotions, une vie réglée, méthodique, avec une médication sédative, telle que les bains, l'hydrothéraqie, etc... Quant aux

indications pharmaceutiques proprement dites, elles varieront suivant les individus, suivant leur état d'épuisement ou suivant leur état d'excitation, et c'est ainsi qu'on trouvera dans l'ensemble des agents thérapeutiques, utilisés dans le traitement des maladies nerveuses, des formules spéciales, destinées à s'approprier aux différents cas individuels et aux différentes périodes de la maladie (1).

DES DOCTRINES PSYCHOLOGIQUES
CONTEMPORAINES

Leçon professée à l'École pratique des hautes études

Par Jules SOURY

Messieurs,

De quelque côté que nous tournions nos regards; que nous considérions les agrégations moléculaires, la gravitation des planètes autour du soleil, le mouvement de rotation et de translation du soleil lui-même dans l'univers sidéral ; la génération de

(1) Comme formule sédative de la suractivité nerveuse, dans les cas d'excitation maniaque, j'emploie ordinairement la potion suivante ainsi formulée :

Eau de tilleul	125	grammes.
Sirop de fleurs d'oranger	30	»
Sirop de morphine	30	»
Bromure de potassium.	4	»
Hydrate de choral.	2	»

à prendre dans les 24 heures, soit à doses fractionnées, une cuil-

tous les phénomènes physiques connus, chaleur, lumière, électricité, etc., les conditions et les divers modes de la vie, de la sensibilité et de la conscience, — partout et toujours, aussi loin qu'il nous soit donné d'atteindre, nous n'apercevons qu'une vaste synthèse de mouvements, de transformations infinies d'un seul et même événement, sans perte réelle d'un état ou d'un système à l'autre, suivant des lois universelles, qui sont celles de la mécanique. Toutes nos différentes façons d'envisager la nature se ramènent à une vue unique : la mécanique céleste, la physique, la chimie, la biologie, y compris la psychologie et la sociologie, ne sont que des cas plus ou moins complexes de la mécanique générale.

Si l'on connaissait mieux les éléments de la mécanique moléculaire, les phénomènes les plus délicats des formes supérieures de la vie, les phénomènes d'innervation eux-mêmes, pourraient être représentés par quelque formule d'ordre cosmologique, car les diverses actions nerveuses, les sensations et les idées, ne sont, au point de vue objectif, que des systèmes de mouvements. Mais les sciences de la vie sont encore très loin de la perfection relative à laquelle sont arrivées déjà quelques sciences, telle que l'optique, et la théorie des mouvements cellulaires

lerée toutes les deux heures, soit la même potion à doses massives en deux fois à 6 heures d'intervalle.

L'ergotine d'Yvon, en solution. un gramme dans un julep, dans les 24 heures, à prendre en deux fois. — On peut aller jusqu'à 3 et 4 grammes dans les 24 heures. On interrompra de temps en temps l'administration du médicament pendant trois ou quatre jours, et on pourra alterner avec le polybromure de potassium, de sodium et d'ammonium à la dose de 3 et 4 grammes dans les 24 heures. Cette médication est susceptible de donner de très bons résultats au point de vue de la sédation de la suractivité nerveuse.

est infiniment moins avancée que celle des ondulations de l'éther.

Il y a plus : changez ou modifiez par hypothèse la trame élémentaire des êtres organisés; de nouvelles combinaisons chimiques inconnues, sortiraient de nouvelles propriétés organiques inconnues, des modes de génération, de développement, d'innervation, peut-être analogues à ceux que nous observons, peut-être aussi d'un tout autre ordre. Nous pressentons que, par delà les qualités des corps perçues par nos organes des sens, il doit en exister bien d'autres qui sont pour nous comme si elles n'étaient pas. Une organisation plus délicate, plus hautement différenciée, aurait des sensations plus fines, plus nombreuses, plus immédiates, partant, une conscience de l'univers sans doute fort différente de la nôtre.

Mais, avant de s'arrêter à la discussion de pareilles questions, les sciences biologiques doivent d'abord mener à fin, ou du moins pousser très loin, nombre d'investigations préliminaires. Pour ne parler que des fonctions du système nerveux cérébro-spinal, dont les fonctions sont les plus élevées de l'organisme, puisque ce sont celles de la sensibilité, de l'intelligence et des passions, il n'est point téméraire d'affirmer que bien des physiologistes fort instruits n'en ont encore que des notions très incomplètes. Et je ne parle pas seulement de l'étude des éléments anatomiques de diverses sortes qui, par leurs groupements, forment la trame des tissus, si bien que la substance organisée n'est rien de plus que la somme de ces éléments : la connaissance pure et simple des appareils, des organes, des différents départements de la moelle et du cerveau, n'est guère plus avancée.

I

Un livre ou un cours de psychologie sans une exposition anatomique et physiologique du système nerveux serait chose à peine supportable de nos jours. Aucun des psychologues éminents de ce temps n'a commis une telle omission. Ces maîtres en analyse possèdent une érudition peu commune en ces matières ; ils ont à peu près tout lu et repensé ; peu de savants spéciaux seraient capables d'aussi vastes synthèses. Toutefois, et longtemps encore, la psychologie devra attendre que l'anatomie et la physiologie du système nerveux soient devenues des sciences plus parfaites. Que la psychologie, en dehors des méthodes biologiques d'analyse objective, ne puisse jamais être constituée comme science distincte et indépendante, au même titre que la sociologie, c'est une vérité évidente par elle-même. Il est difficile, d'ailleurs, de prévoir quel sera le degré de complication des diverses sciences dans un ou deux siècles, quelles nouvelles divisions il sera nécessaire d'y introduire, etc. En réalité, il n'y aura toujours qu'une seule et unique science, désignée par des noms différents, selon que l'on considère tel ou tel aspect de l'univers, et purement relative à nos différents modes de connaître.

Quoi qu'il advienne, l'étude de la sensibilité et de l'intelligence, des émotions et de la volonté, est bien incontestablement une étude d'ordre biologique. Ce ne sont là encore qu'autant d'aspects divers de la vie parvenue à un certain degré d'organisation. Ils n'apparaissent pas sans elle, avec elle ils disparaissent. Une psychologie véritable plonge donc par toutes ses racines dans les sciences de la vie. Le monde orga-

nique n'étant qu'un cas du monde inorganique, et toutes les propriétés de la matière organisée étant réductibles à des considérations chimiques, physiques et mécaniques, le premier groupe d'événements est indissolublement lié à un second, si bien que la difficulté d'observer est ici en raison directe de la complexité croissante des phénomènes. Toutefois cette complexité n'est toujours que relative, et, quelques propriétés nouvelles que manifestent les êtres organisés, le composé ne saurait différer, sinon en degré de complication, des éléments qui le constituent. Or il y a longtemps que l'analyse chimique a réduit les minéraux, les végétaux et les animaux aux mêmes corps élémentaires. C'est de l'eau, de la terre et de l'air que tout organisme tire ici-bas sa substance. Des quatre corps simples constitutifs des êtres vivants, trois sont gazeux, l'oxygène, l'azote et l'hydrogène, un est solide et fixe, le carbone. Comme il n'y a dans la nature qu'une chimie, une physique et une mécanique, les diverses associations moléculaires de ces substances ne sauraient obéir à des lois différentes, du moins en dernière analyse, dans ce qu'on nomme le monde organique et le monde inorganique.

L'organisation, ainsi qu'on l'a définie, n'est qu'un mode particulier d'association moléculaire de principes immédiats. Ces principes immédiats, qui donnent naissance aux blastèmes organisables, où se forment les éléments anatomiques, ne sont que des combinaisons chimiques que le chimiste réalise à volonté dans son laboratoire, par le seul jeu des forces de la matière brute. « La chimie a le droit de prétendre à former les principes immédiats, c'est-à-dire les matériaux chimiques qui constituent les organes... Contrairement aux opinions anciennes

les effets chimiques de la vie sont dus au jeu des forces chimiques ordinaires, au même titre que les effets physiques et mécaniques de la vie ont lieu suivant le jeu des forces purement physiques et mécaniques... La chimie organique constituera à la physiologie une base et des instruments pour s'élever plus haut. » (Berthelot, *Chimie organique fondée sur la synthèse*, II, 802, *cf.* I, 158).

Il n'y a pas plus de force vitale, en effet, que de force minérale. La vie, si l'on entend par ce mot autre chose que l'état d'organisation de la matière vivante, la vie est ce qu'était l'esprit pour David Hume, une abstraction, un mot substitut d'une classe d'images. Huxley remarque quelque part que si, pour expliquer les propriétés de l'eau, lesquelles diffèrent beaucoup des propriétés de l'oxygène et de l'hydrogène, on ne fait pas intervenir l'*aquosité*, il n'y a pas plus de raison de parler de *vitalité* pour expliquer les propriétés nouvelles et particulières de la protéine, lesquelles ne diffèrent pas moins des propriétés de l'acide carbonique, de l'eau et de l'ammoniaque. Les propriétés de la protéine résultent, comme celles de l'eau, de la nature et de la disposition des molécules constituantes. Toute activité vitale, toute fonction organique, depuis la plus humble jusqu'à la plus haute, depuis la nutrition jusqu'à l'innervation, n'est rien de plus que la somme des propriétés élémentaires de la matière organisée.

Lorsqu'on a suivi l'évolution de la matière, des corps simples aux principes immédiats et aux blastèmes organisables, on trouve que ceux-ci tiennent le milieu entre la matière brute et la matière organisée, et l'on voit apparaître, au sein de cette substance amorphe, des éléments figurés de diverses sortes, cellules, fibres, etc : ce sont les éléments

anatomiques. Or, chacun de ces éléments est un individu complet; il naît, il respire, il se nourrit, il se développe, il se reproduit, il manifeste des propriétés particulières suivant son espèce, il meurt quand prend fin l'état d'organisation, c'est-à-dire quand cesse la rénovation moléculaire de l'élément. Il y a des êtres constitués par un seul de ces éléments, par une cellule, ou même par une forme de la vie encore plus rudimentaire, mais la plupart des végétaux et des animaux en possèdent des millions. A vrai dire, ils ne sont rien de plus que la somme de ces êtres.

La conscience que nous avons de notre existence et de notre individualité résulte de la vie sourde et de l'activité incessante de tout un monde de petits individus élémentaires dont nous n'avons pas conscience.

Cela posé, et sachant que les éléments anatomiques se disposent en tissus, les tissus en organes, et ceux-ci en appareils, on voit que telle ou telle fonction d'un organisme étant réductible aux propriétés caractéristiques de tel ou tel tissu, et les propriétés du tissu à celles des éléments anatomiques, — *c'est à l'étude des éléments anatomiques qu'il faut remonter pour comprendre n'importe quel phénomène des êtres vivants, depuis la nutrition jusqu'à la sensibilité et à la conscience*. La somme des propriétés des éléments anatomiques constitue, je le répète, l'animal ou le végétal. En d'autres termes, des monères à l'homme, un animal ou un végétal est ce qui se nourrit, respire, croît, se reproduit, sent et se meut.

Les corps simples des biologistes, j'entends les éléments anatomiques, ne sont pas plus simples et irréductibles que ne le sont sans doute ceux des

chimistes. Il faut donc tenir compte de la nature et de l'état moléculaire des principes immédiats, dont les modifications peuvent altérer ou anéantir les propriétés de l'élément anatomique sans que rien l'atteste dans sa forme, dans son volume ou sa structure. C'est là un cas assez fréquent dans certaines perturbations fonctionnelles, dans les névroses, les maladies virulentes, etc. On dit alors quelquefois qu'il y a maladie sans lésion, *sine materia*. Qu'on songe enfin aux modifications isomériques, d'une importance capitale dans les phénomènes d'ordre organique, où des corps formés des mêmes éléments, unis dans les mêmes proportions, manifestent cependant des propriétés diverses, dues à des arrangements moléculaires différents dans chacun des groupes élémentaires.

C'est dans les éléments anatomiques et non ailleurs, et, pour ce qui a trait à notre sujet, dans les diverses familles de fibres et de cellules nerveuses, dans les rapports anatomiques qui les relient entre elles, qu'il convient de rechercher les conditions de la sensibilité, de la pensée et de la volonté, bref de tous les événements d'ordre intellectuel et moral.

Connaître les propriétés générales et spécifiques des diverses variétés de cellules nerveuses, et les modes suivant lesquels elles réagissent les unes sur les autres, par contiguité ou à distance, c'est connaître tout un côté, le côté objectif, de la vie psychique. On ne peut guère faire davantage dans l'état actuel de la science, mais il n'est pas douteux que l'analyse ne puisse être poussée beaucoup plus loin. Il n'y a, je l'ai dit, dans l'univers que des systèmes de mouvements matériels, et les actions nerveuses rentreront, comme tout le reste, dans quelque loi de mécanique générale lorsqu'on aura déterminé (si l'on y parvient

un jour) la forme et la vitesse des mouvements moléculaires auxquels correspondent, comme états internes ou subjectifs de ces phénomènes, nos sensations, nos idées, nos raisonnements et nos volitions.

II

L'histologie, malheureusement, non plus que l'anatomie descriptive ne permettent guère de suivre les relations d'une fibre nerveuse, sinon d'un faisceau de fibres, avec les cellules centrales et périphériques constituant les divers amas de substance grise. Il existe pourtant une méthode d'investigation qui tient à la fois et de l'anatomie descriptive et de l'histologie. Je veux parler de la méthode employée par M. Luys pour saisir et fixer l'image des centres nerveux, méthode qui laisse en quelque sorte la nature elle-même nous montrer la direction des faisceaux de fibres et les rapports de ces fibres avec les amas de substance grise (1). Je reviendrai souvent, dans ces conférences, sur l'œuvre considérable du savant anatomiste et physiologiste français, le Meynert de la France. Les *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal* doivent être pour tout psychologue ce qu'a été, pour Alexandre Bain, le *Manuel de physiologie* de Muller. Tout a vie et mouvement dans la large syn-

(1) On sait que, après avoir durci le cerveau, M. Luys le sectionne dans toute son étendue au moyen de coupes régulières et successives, horizontales et longitudinales, dont la minceur peut atteindre jusqu'à 0/10 ou 0/15 de millimètre, avec certains instruments décrits dans les livres classiques. Grâce à des pocédés de décoloration des pièces anatomiques, préalablement durcies dans l'acide chromique, on peut suivre sur ces préparations naturelles, et la direction des divers faisceaux de fibres, et leurs rapports avec les différents centres du système nerveux. Les reproductions photographiques des sections du cerveau ainsi obtenues peuvent tenir lieu, au moins dans une certaine mesure, des préparations naturelles. V. l'*Iconographie photographique des centres nerveux*, de M. Jules Luys.

thèse du savant médecin de la Salpêtrière; les faits si complexes de l'innervation sont ramenés à quelques formules génératrices, et l'on admire avec quelle puissance d'analyse et de compréhension philosophique il a su édifier sa théorie du système nerveux. Une telle œuvre s'impose à l'attention des contemporains ; elle détermine la direction des évolutions futures de la science.

Je rappelais tout à l'heure les difficultés insurmontables que l'on éprouverait à suivre une fibre d'une cellule d'un centre à une cellule d'un autre centre. Et pourtant on n'entend rien au mode de génération et de propagation des actions nerveuses aussi longtemps qu'on n'est point parvenu à se représenter les fibres et les cellules dans leurs rapports et connexions intimes, véritables unités anatomiques, dont le système nerveux tout entier n'est rien de plus que la somme. L'étroite solidarité observée dans le tout doit, en effet, exister d'abord dans les parties. Nous savons que des prolongements multiples partent des cellules nerveuses et les ramifient, soit aux cellules environnantes, avec lesquelles elles s'anastomosent, soit aux fibres nerveuses. Les deux extrémités d'une fibre nerveuse vont ainsi se perdre dans les deux cellules centrale et périphérique qui leur servent de terminaison. Le rôle subordonné que jouent les fibres nerveuses — motrices, sensitives ou sympathiques — est évident, puisque c'est seulement dans les cellules nerveuses, dans les centres perceptifs et moteurs de la moelle, de l'encéphale et des divers ganglions nerveux, que se trouvent les conditions de tout mouvement, de toute sensation consciente ou inconsciente, capable ou non de revivre, soit spontanément, soit sous l'influence d'une nouvelle excitation interne ou externe. Comme l'a montré Lewes,

les fibres motrices qui vont aux muscles, les fibres sympathiques qui vont aux vaisseaux, aux muscles lisses et aux glandes, les fibres sensitives qui se rendent aux divers organes, surtout à la peau et aux membranes muqueuses, etc., différentes par leurs fonctions, sont identiques quant à leurs propriétés. Point de différences histologiques appréciables entre les unes et les autres. Elles propagent à distance les vibrations moléculaires d'un point à un autre ; rien de plus. Il est clair que la sensibilité et le mouvement seront abolis, si l'on intercepte la communication des tubes nerveux avec les différents ordres de cellules sensitives ou motrices en coupant les racines postérieures ou antérieures des nerfs. Même la transmission des vibrations moléculaires des nerfs, si lente lorsqu'on la compare aux vibrations de l'éther et de l'air que nous appelons lumière et son, peut être accélérée ou arrêtée en partie si, sur un nerf mis à nu, on applique, par exemple, de la strychnine ou de la morphine. Toutefois, le caractère subordonné des fibres nerveuses dans l'ensemble du système cérébro-spinal, n'empêche pas de reconnaître qu'elles sont la condition, du moins primordiale, de tous les phénomènes intellectuels et moraux dont nous avons ou non conscience.

Deux systèmes de fibres nerveuses, un système convergent supérieur et un système convergent inférieur, dont le point d'union est au niveau des noyaux opto-striés et sous-optiques, — voilà la définition la plus simple du système nerveux cérébro-spinal. Les fibres du système convergent supérieur, émergées des cellules des circonvolutions cérébrales, pénètrent dans l'intérieur des amas de substance grise des noyaux centraux de l'encéphale, — où aboutissent également les fibres du système convergent inférieur,

qui transmettent ainsi à ces centres de concentration et d'irradiation les impressions sensorielles et sensitives périphériques ainsi que les impressions viscérales.

Les centres de la couche optique, outre la substance grise du troisième ventricule, suite de l'axe médullaire prolongé dans le cerveau, se composent d'un centre antérieur ou *olfactif*, d'un centre moyen ou *optique*, d'un centre médian ou de la *sensibilité générale*, et d'un centre postérieur ou *acoustique*. Outre les observations déjà assez nombreuses recueillies à ce sujet par M. Luys, une observation célèbre, conservée par Hunter (1), établit, en effet, que la dégénérescence ou la destruction des couches optiques entraîne la perte de toutes les perceptions sensorielles. Telle est, du moins, la doctrine adoptée et défendue, avec preuves à l'appui, par plusieurs physiologistes éminents de notre temps. Il y a peu de points d'une si haute importance en psychologie physiologique. Historien des idées en ce domaine de la science, je ne manquerai pas de rapporter devant vous, messieurs, les objections que l'on a élevées contre cette manière de voir, qui, en tout cas, est tout autre chose qu'une vue de l'esprit.

Quant au corps strié, où vont se distribuer des fibres issues des circonvolutions cérébrales (fibres cortico-striées), des faisceaux antérieurs de la moelle, et des pédoncules du cervelet, ce n'est point un appareil sensoriel comme la couche optique, mais un appareil de motricité, qui transmet à l'axe spinal les incitations volontaires parties du cerveau.

Si l'on ajoute que les deux hémisphères cérébraux, ainsi que les deux moitiés latérales de la moelle, sont reliés entre eux par un système de fibres commissurantes qui assurent l'unité d'action, comme les

(1) Voir l'*Encéphale*, t. II, page 403, pl. III.

circonvolutions sont reliées par les fibres convergentes supérieures aux noyaux centraux encéphaliques (noyaux opto-striés et noyaux sous-optiques), et ceux-ci, en chacun de leurs points, à toutes les fibres sensorielles du système convergent inférieur, — on comprendra que les noyaux centraux de l'encéphale et les circonvolutions forment un couple solidaire où se concentrent les actions périphériques et centrales du système nerveux, et, avec M. Luys, on définira le cerveau : l'ensemble des circonvolutions reliées entre elles d'un côté à l'autre, et reliées toutes à la couche optique, au corps strié et aux noyaux sous-optiques.

III

D'innombrables expériences ont établi que les divers modes de l'activité psychique chez les vertébrés, tels que la sensibilité consciente, l'intelligence et la volonté, sont des manifestations dont les conditions ne doivent pas être cherchées ailleurs dans l'organisme que dans la substance grise des circonvolutions cérébrales, siège des fonctions les plus élevées de l'innervation. Privé de ses hémisphères cérébraux, l'animal continue à sentir, mais il n'a plus conscience des sensations qu'il éprouve. Il en est de même des mouvements volontaires. Il perd ses instincts de nutrition et de reproduction. Toute vie affective et intellectuelle s'éteint. Il semble donc qu'on est ici en présence d'une propriété irréductible des cellules nerveuses des circonvolutions. Mais, d'une part, toutes les propriétés prétendues irréductibles de la matière ont été ou seront sans doute transformées, et, d'autre part, on trouve en certaines provinces du système nerveux, des propriétés, non pas identiques, mais analogues à celles des cellules des circonvolu-

tions. Autres en degré, même en nature; voilà peut-être ce qu'on pourrait dire d'elles.

On sait l'importance capitale que les psychologues de l'école expérimentale anglaise accordent à l'association des idées, partant à la mémoire, dont ils recherchent l'origine jusque dans les mouvements réflexes élementaires. Cette théorie est profonde. Traduite en langage physiologique, c'est-à-dire exprimée d'une façon plus précise, elle ne signifie rien de plus que la propriété qu'ont les cellules nerveuses, associées entre elles, de conserver plus ou moins longtemps la modification de nature inconnue où les a mises quelque agent extérieur. Or la capacité de recevoir une impression, de la conserver et de la faire revivre, soit spontanément, soit consécutivement à quelque mouvement venu des cellules ambiantes ou de la périphérie de l'organisme, tant que persiste l'état d'organisation, ne paraît pas plus particulière aux cellules des zones sous-méningées de l'écorce cérébrale, qu'aux cellules des cornes grises postérieures de la moëlle ou à celles des ganglions du grand sympathique.

Avec ou sans conscience, une impression persistante est un véritable souvenir. Les diverses actions réflexes, les instincts, les phénomènes de contractilité et de sensibilité élémentaires chez les animaux dénués d'éléments anatomiques musculaires et nerveux, ne sont au fond que des événements du même ordre. En parlant de ces réminiscences inconscientes du cerveau et de la moëlle (car il y en a beaucoup de telles, Carpenter l'a montré. dans l'entendement lui-même), un physiologiste pénétrant, M. Taule, me semble avoir remarqué avec une grande justesse, qu'elles donnent lieu parfois à certains mouvements convulsifs, à certaines sensations douloureuses, qui

ne peuvent s'expliquer que par le réveil d'une impression inconsciente.

Le progrès des études physiologiques mettra sûrement dans une plus vive lumière, sinon l'identité, du moins l'analogie du dynamisme fonctionnel des cellules nerveuses, de quelque espèce qu'elles soient. Longtemps le cerveau a été considéré comme l'organe central unique, le lieu de l'âme, sorte de sanctuaire où s'accomplissaient certains mystères auxquels rien ne ressemblait dans le reste de l'organisme. Depuis les expériences de Landry, on sait que chaque segment de moëlle est un centre d'innervation, un appareil sensoriel et moteur, comme le cerveau. L'anatomie comparée qui, en même temps que l'évolution du système vasculaire et des organes de locomotion, nous montre celle du système nerveux, atteste qu'à mesure qu'on descend ou qu'on remonte l'échelle des êtres, l'indépendance mutuelle des centres nerveux croît ou décroît.

Chez les vertébrés supérieurs, chez l'homme même, les sensations et les mouvements spinaux peuvent être encore absolument indépendants de l'innervation cérébrale, laquelle n'intervient ordinairement que pour susciter, modifier et surtout tempérer les actes de cette région. Les appareils encéphaliques ne sont qu'un perfectionnement des appareils spinaux. On suit leur développement dans la série des vertébrés, partant dans l'embryon humain, où les éléments nerveux de la moëlle épinière se montrent en effet avant ceux de l'encéphale. Ce n'est qu'après avoir traversé les phases successives où se sont arrêtés les vertébrés inférieurs, les poissons, les reptiles, les oiseaux, que, au septième mois de la vie intr-autérine, le cerveau humain acquiert ses caractères propres. Il y a plus ; ce n'est guère que chez l'adulte, à l'époque de la sur-

activité des idées et des passions, que prédominent les fonctions du système nerveux supérieur. Vers la fin de la vie, l'homme retourne vers ses frères inférieurs avant de se réunir à ses pères : les actions réflexes de l'axe spinal, les mouvements automatiques, les instincts héréditaires, les habitudes lointaines d'ancêtres profondément ignorés, reprennent le dessus dans l'organisme en raison directe des défaillances de l'innervation supérieure.

Enfin, rien ne paraît mieux établir l'analogie des fonctions élémentaires de la moëlle et du cerveau, que l'analogie des éléments qui constituent la trame nerveuse de ces centres. Les petites cellules sensitives des cornes postérieures de la moëlle sont en connexion avec les grosses cellules motrices des cornes antérieures, comme les petites cellules sensitives ou perceptives des zones superficielles des circonvolutions cérébrales, sont en connexion avec les grosses cellules motrices ou volitives des zones profondes. Dans ces deux provinces du système nerveux — la moëlle et l'encéphale — chaque couple cellulaire paraît solidairement associé dans ses manifestations dynamiques, et, dans la moëlle comme dans le cerveau, l'activité motrice des cornes antérieures ou des couches profondes des circonvolutions est toujours subordonnée à l'activité des cellules sensitives des cornes postérieures ou des zones de cellules cérébrales sous-méningées. A des degrés divers, ce qui pour la moelle est un mouvement approprié, est dans le cerveau une volition ; ce qui est ici habitude inconsciente, là est intelligence et conscience. Mais, de même que pour le psychologue, l'intelligence ou la raison n'est qu'un perfectionnement de l'instinct, c'est-à-dire d'une simple *action réflexe* à l'origine, de même les mouvements intentionnels, conscients ou non, les mou-

vements volontaires, qui ne sont qu'un mode de la sensibilité, ne sauraient être autre chose que des phénomènes d'*action réflexe*.

Il n'y a pas jusqu'à l'activité « spontanée » des cellules nerveuses, à la propriété qu'elles ont de se mettre spontanément en action, soit après quelque ébranlement des cellules voisines, soit par le fait d'une incitation d'origine périphérique, qui ne se manifeste dans la moelle épinière et dans les ganglions du grand sympathique comme dans le cerveau lui-même. Cette propriété n'est d'ailleurs point particulière aux cellules nerveuses : on la retrouve, à divers degrés, dans tous les éléments de l'organisme, en tant qu'ils sont tous susceptibles de réagir à leur manière contre les impressions physiques, chimiques ou biologiques qui modifient à chaque instant leur état moléculaire. Cette activité « spontanée, » comme on l'appelle, des éléments anatomiques en général et des cellules nerveuses en particulier, est la meilleure preuve de leur autonomie. On ne saurait trop le répéter, chaque cellule vivante est un individu dont toutes les propriétés vitales se manifestent aussi longtemps que persistent tel groupement défini et la rénovation moléculaire de l'élément. Les expériences bien connues de M. Brown-Séquard, qui fait réapparaître à volonté les phénomènes d'innervation cérébrale en injectant du sang dans les troncs artériels d'une tête de chien décapité, ne prouvent rien de plus que la possibilité de faire réapparaître les propriétés des éléments nerveux aussi longtemps que persiste la composition chimique de tels ou tels principes constituant la fibre ou la cellule, et cela sans égard à la forme et à la structure extérieure de l'élément.

Cette autonomie fonctionnelle n'est pas moins

évidente lorsque l'on considère isolément les divers centres d'innervation spinale, ou les ganglions du grand sympathique, quand ces centres sont séparés du cerveau ou de la moelle. Des actes absolument analogues, sinon identiques, à ceux de la perception, de l'intelligence et de la volonté, peuvent être accomplis dans telle ou telle province du système nerveux en dehors de toute intervention de l'innervation cérébrale. Le mécanisme fonctionnel est plus ou moins compliqué, selon qu'il est localisé dans un ganglion, dans un segment de moelle, dans toute la moelle vertébrale, depuis l'extrémité caudale jusqu'aux tubercules quadrijumeaux (1), ou dans le système cérébro-spinal tout entier; voilà tout. Autre en degré, même en nature.

Dans ce dernier cas, c'est-à-dire quand l'impression est transmise au cerveau, on est frappé du grand nombre de modifications successives que doivent faire subir à la vibration initiale les divers milieux de l'organisme qu'il lui faut traverser avant d'arriver aux cellules perceptives des circonvolutions. Qu'on songe que, dans telles fonctions où le cerveau intervient pour commander un mouvement, la vibration moléculaire d'une cellule périphérique, transmise par une fibre sensitive aux ganglions spinaux, puis aux petites cellules de la moelle, remonte, par les faisceaux postérieurs, jusqu'aux couches optiques, d'où elle est irradiée dans les cellules perceptives de la région sous-méningée des circonvolutions; elle retentit ensuite sur les cellules motrices des couches profondes, gagne les corps striés, redescend enfin par les faisceaux antérieurs de la

(1) Le bulbe rachidien, la protubérance, les pédoncules cérébraux et les tubercules quadrijumeaux représentent simplement les équivalents morphologiques des régions sous-jacentes de l'axe spinal.

moelle, etc. ! Il faut du temps pour un pareil parcours, et ce temps est relativement très long, en dépit de l'exquise sensibilité de la machine. Mais ce qui me paraît glus grave, ce qui est en tout cas d'une importance capitale pour la critique de nos connaissances, — c'est le caractère foncièrement relatif des notions que notre entendement acquiert ainsi, c'est la nature nécessairement toute subjective de nos idées et des formes de nos idées. Je ne sais point de plus fort argument contre ceux qui, après Berkeley et Kant, seraient encore tentés de croire que l'homme possède une connaissance immédiate des choses extérieures. Du monde réel, nous ne percevons qu'un vague écho affaibli, répercuté dans des gorges et des défilés sans nombre.

Parmi ces vibrations incessantes d'atomes éthérés et de molécules pondérables qui parcourent l'espace, combien affectent notre sensibilité ? Si l'on songe aux myriades de sensations élémentaires qui avortent à chaque instant sur tous les points de notre organisme sans arriver à la conscience ; si l'on remarque qu'une sensation consciente n'est que la somme sensible d'un nombre incalculable d'événements imperceptibles du même genre, on se persuadera sans peine de l'espèce de cécité congénitale de notre intelligence.

On conçoit toutefois que les vibrations du milieu où nous sommes plongés sont les causes de toutes nos impressions, sensations et idées. Transmises à la substance organisée, d'ébranlement externe elles deviennent ébranlement interne, impression ici, sensation là, perception ailleurs. Bien qu'il n'y ait toujours qu'un seul et unique événement (car toutes les forces de la nature, chaleur, lumière, électricité, etc., se réduisent à des mouvements), chacun de nos sens, véritables appareils enregistreurs, note cet événe-

rent dans un langage différent. L'un nomme rayon rouge, par exemple, ce que l'autre appelle chaleur; il n'importe. Nos diverses notations ne sont que des traductions en diverses langues d'un texte unique. Or les versions sont éphémères et d'une importance relative ; elles n'ont pas toujours été, elles ne seront pas toujours : seul, le texte subsiste ; mais il est inaccessible.

IV

Si l'on ignore les lois des divers modes de mouvements moléculaires des principes constituant les éléments histologiques, d'où résultent les propriétés de nos tissus, et partant celles des organes et la nature de leurs fonctions, du moins peut-on affirmer que ces lois ne diffèrent pas essentiellement des autres modalités dynamiques observées dans le reste du monde. Elles dérivent nécessairement des grandes lois mécaniques d'ordre cosmique par voie de transformation et sans perte d'énergie. Comme il ne se perd pas plus de mouvement qu'il ne s'en crée, les mouvements moléculaires, quels qu'ils soient, et leur transmissibilité, qu'impliquent les phénomènes d'innervation, sont de simples modes de la force unique aux cent noms qui paraît animer l'univers.

Ces différents modes de mouvements varient avec la composition matérielle de l'élément anatomique. S'il est souvent commode de faire abstraction du corps en mouvement, un mouvement ou une force n'est rien de plus qu'un rapport de position dans l'espace, qu'un déplacement atomique ou moléculaire de la matière à ses divers états. Isoler la force de la matière serait revenir aux conceptions les plus naïves des vieux âges, à celles des prêtres de Chaldée, qui

concevaient la lumière, par exemple, comme distincte de la matière. Si l'on ne peut imaginer que le mouvement soit quelque chose de réel, sans l'existence d'une chose mue, il suit que le mouvement n'est qu'une modalité de la matière. Les transformations de celle-ci étant infinies, les conversions de celui-là ne le sont pas moins. Mais si la matière est une au fond, le mouvement aussi est un. Ainsi, la complexité des mouvements moléculaires dans les diverses espèces de cellules nerveuses répond à celle de leur constitution matérielle.

Quelques-uns de ces mouvements au moins sont-ils appréciables? *L'action réflexe*, que l'on observe même chez les végétaux, et qui peut être considérée comme *le type du mécanisme de la sensibilité générale dans tout le règne organique*, l'action réflexe s'accomplit-elle en vertu d'un mouvement régi par les lois générales ? Les activités propres des fibres et des cellules nerveuses se transforment-elles, lorsqu'elles entrent en jeu, dans quelque autre modalité dynamique? Peut-on montrer que le mécanisme de la sensibilité et de l'intelligence, comme tout autre mécanisme connu, ne va pas sans mouvements matériels?

Les expériences de Schiff, entre autres, ont répondu à ces questions d'une manière très nette. Sans parler des combustions internes qui s'éxagèrent dans le cerveau pendant l'exercice de la pensée, comme dans le muscle pendant l'exercice musculaire, combustions dont la chimie analyse les produits ultimes de désassimilation déversés à l'extérieur (1), les recherches de Helmholtz, de Valentin et de Schiff ont montré que la température des nerfs s'élève lorsque

(1) H. Byasson, *Essai sur les relations qui existent à l'état physiologique entre l'activité cérébrale et la composition des urines*.

leur activité se manifeste, c'est-à-dire lorsqu'ils propagent une excitation.

L'activité propre et intrinsèque des éléments nerveux des circonvolutions se traduit également par une élévation de température. « Les actions réflexes suscitées par les impressions sensibles dans la substance grise cérébrale et constituant l'activité psychique, dit M. Schiff, produisent de la chaleur, c'est-à-dire sont liées à un mouvement sujet aux lois générales qui régissent la matière. » Un rapport direct existe entre la chaleur développée dans le cerveau et l'intensité du travail intellectuel accompli. Les impressions des sens, celles du tact, de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, qui se répartissent à la fois dans les deux hémisphères cérébraux, y déterminent des mouvements moléculaires inconnus, mais réels, puisque la chaleur, alors dégagée, n'est rien de plus qu'un mouvement spécial des dernières particules de la matière. L'activité « psychique » proprement dite, celle de la substance grise des circonvolutions, — pensées, émotions, etc., — « est liée à une production de chaleur quantitativement supérieure à celle qu'engendrent les simples impressions des sens. »

Un savant anglais, Lombard, dont les expériences ne doivent pas être confondues avec celles de Schiff, a recherché, comme Broca et plusieurs autres, quelle était l'influence de l'activité cérébrale sur la température externe de la tête : il a trouvé, non seulement que toute cause d'attention, telle qu'un bruit, la vue d'un objet ou d'une personne, élève cette température, mais qu'un travail intellectuel, une émotion très intense, l'exagère, surtout à la région de la protubérance occipitale. Ces expériences n'ont trait qu'aux parties externes de la tête ; l'élévation de température observée dépend de la circulation du sang. Les expériences de Schiff étaient d'un tout au-

tre ordre : les aiguilles thermo-électriques qu'il a implantées dans certains points du cerveau des animaux en expérience révèlent les variations de température de la substance même de cet organe. Le travail qui se traduit par un dégagement de chaleur résulte bien des changements de distance et de position relatives des molécules constituant les fibres et les cellules nerveuses des centres encéphaliques.

Or tout dégagement de chaleur est un cas particulier de la mécanique. L'activité de l'intelligence, comme toutes les activités organiques, se ramène ainsi, avec la physique et la chimie, à la mécanique.

L'unité suprême de la nature a sa plus haute expression dans l'unité de la science. Il n'y a pas deux mécaniques, une mécanique céleste et une mécanique cérébrale ; deux chimies, une chimie inorganique et une chimie organique ; deux physiologies, non plus que deux psychologies, l'une pour les hommes, l'autre pour les animaux et les végétaux. Partout éclate, avec l'infinité de la causalité, la continuité de la nature. « La physiologie générale constate, a écrit M. Paul Bert, au milieu de l'infinie variété des phénomènes secondaires, une majestueuse unité. C'est la constante conclusion de toutes les vues générales sur les phénomènes de la nature. »

La psychologie nouvelle, la psychologie de l'école expérimentale, ne sépare point la fonction de l'organe. Mais si la fonction est inséparable de l'organe, on voit tout de suite quelle place l'étude de la structure et de l'activité normale et pathologique de l'organe doit tenir dans la psychologie ainsi conçue. Nulle part, dans le domaine immense des sciences biologiques, des sciences de la vie, on n'étudie la fonction séparéee de l'organe. En tout cas, et lors même qu'on ne considère que celle-là, la structure

intime et le développement morphologique de l'organe sont toujours supposés connus. Ce n'est que par un pur artifice, par une abstraction, qu'il est permis de considérer comme une dualité, comme deux objets distincts, ce qui, dans la nature, constitue une unité absolue.

En bonne logique, et la plupart des psychologues sont aujourd'hui de ce sentiment, l'organe et la fonction, le corps et l'âme, ne sont que les deux aspects, différemment connus, d'un seul et même fait. Le psychologue s'attache de préférence à un certain ordre de faits, le physiologiste en considère un autre. Mais, ayant en commun un même objet d'étude, le psychologue et le physiologiste doivent tôt ou tard se rencontrer et se donner la main. Les sujets qu'étudient ces savants ne sont donc pas doubles, en dépit des apparences. L'âme nutritive des plantes n'est point distincte de sa nutrition, et la vie, sous n'importe quelle forme, la vie de l'esprit comme la vie du sang, ne saurait être isolée des êtres qui vivent.

Sans doute, on peut toujours demander : Qu'est-ce que la vie ? Et cette question, on peut la faire non seulement pour la vie en général, mais pour chacun de ses modes en particulier, pour la sensibilité, l'intelligence, la conscience. Mais ces questions, dépassant le domaine de l'expérience, ne sont plus objet de science, ainsi que la critique de Kant l'a établi pour tous les siècles. La métaphysique, avec son « océan sans rivage et sans phare, » s'ouvre comme l'infini devant le penseur et le savant dont la science n'a pu rassasier le désir de connaître. Libre à chacun de s'aventurer sur ces mers inconnues, de se perdre dans le gouffre sans fond, ou de découvrir de nouveaux cieux étoilés. *Tentanda via est*, crierai-je à tous ces

hardis navigateurs, à toutes ces âmes enthousiastes qui ne vivent que de rêve et d'idéal. Qu'importe que, de mémoire d'homme, nul ne soit revenu de ces lointains voyages dans la mer des Ténèbres, — ou, tout au moins, n'ait jamais découvert le nouveau monde entrevu, évoqué aux heures de foi et d'espérance? Ce monde, Messieurs, toutes les âmes d'élite le portent en elles; et c'est sans doute pourquoi elles l'ont éternellement cherché en vain au dehors d'elles.

LE CRÉTIN DES BATIGNOLLES

AUTOPSIE

par M. le Professeur BALL

avec deux planches en photoglyptie.

Au mois de juin dernier, en présentant à l'Académie de Médecine le sujet (Victor) auquel nous avions donné le nom de *Crétin des Batignolles*, nous exprimions la pensée que, doué d'une robuste santé, il était destiné à une longue existence.

Nous avions été trompé dans nos prévisions. Le sujet a succombé, au mois d'août dernier, à une albuminurie accompagnée de symptômes typhoïdes. L'autopsie a révélé l'existence d'une néphrite interstitielle.

Notre attention s'est portée plus spécialement sur le crâne et le cerveau, dont nous allons donner ici une description détaillée.

Lorsqu'on examine le crâne, ce qui frappe tout d'abord, c'est une dolichocéphalie très accentuée, qui se complique d'une platycéphalie remarquable ; la

voûte semble avoir été comprimée de bas en haut ou s'être aplatie par son propre poids.

Un phénomène des plus remarquables, c'est l'enfoncement de la région condylo-basilaire ; on sait que Bernard Davis a beaucoup insisté sur cette particularité, qui est pour lui toute pathologique, et qui s'expliquerait par la faible résistance présentée, dans certains cas, par la base du crâne, qui viendrait faire saillie en dedans, refoulée par la colonne vertébrale, sur laquelle repose le poids tout entier de la tête. Notre excellent et savant ami M. Topinard nous a dit avoir rarement rencontré un exemple aussi complet de cette disposition anormale.

Au niveau de la suture lambdoïde, l'occipital fait par son bord supérieur une saillie sur les bords postérieurs des pariétaux, et à cet endroit il existe une dizaine d'os wormiens, dont le plus grand peut avoir les dimensions d'une pièce de un franc. Ces petits os présentent des dentelures très profondes au moyen desquelles ils s'engrènent soit les uns avec les autres, soit avec les os avoisinants.

Au niveau de la suture temporo-pariétale, l'écaille du temporal fait une saillie en dehors, et cependant ses dimensions sont plus petites qu'elles ne devraient l'être.

L'apophyse crista-galli forme un relief peu considérable, et semble être presque au même niveau que la lame criblée de l'ethmoïde.

Le maxillaire inférieur est d'un volume considérable ; il fait saillie en avant du maxillaire supérieur. La branche montante forme un angle assez obtus avec le corps de l'os. Les dents sont longues et effilées, souvent cariées ; au lieu d'être implantées presque perpendiculairement sur le corps du maxillaire, elles se dirigent obliquement en avant. Deux

d'entre elles (incisives) présentent une racine qui est recourbée à son extrémité. Les deux dents de sagesse sont volumineuses et bien développées. Mais il existe entre elles et les premières molaires un espace où les alvéoles sont très faiblement creusées, de telle façon qu'en cet endroit les dents sont peu adhérentes à l'os et se trouvent surtout fixées dans une sorte de ciment sous gingival ; à cet endroit, du reste, comme on peut le voir sur la figure, l'os est diminué de volume.

Si maintenant on étudie d'une façon générale le développement des os, on voit que le squelette du crâne présente, comme trait caractéristique, un défaut de soudure de ses différentes parties. Aussi nous a-t-il fallu nous livrer à un véritable jeu de patience, pour reconstituer ce crâne, dont la macération avait dissocié trop facilement les divers éléments. C'est ainsi qu'il nous a fallu suturer artificiellement les deux portions du frontal désunies à la partie moyenne ; il en a été de même pour les trois pièces qui, sur ce squelette, constituent l'occipital. Inutile d'ajouter que la suture sphéno-occipitale n'existe pas.

Un autre caractère bien digne de remarque, c'est l'interposition d'un tissu fibro-cartilagineux abondant et épais entre les divers os de la base du crâne. A l'état frais, ce tissu réunissait les os ; détruit par suite de la macération, il laisse un vide qui ne permet pas de juxtaposer leurs bords.

Le tissu osseux est raréfié en cet endroit et se laisse facilement perforer. Au contraire, à la voûte du crâne, il est assez dur et ne présente pas cet aspect spongieux qu'on observe quelquefois sur les crânes de crétins.

Nous allons indiquer maintenant les principaux diamètres, en les comparant aux moyennes de crânes

Parisiens normaux, que nous trouvons consignées dans les registres de Broca.

Diamètres	Victor	Moyenne Normale
Antéro-post. maximum . .	194. m.m.	182. 6.
Transverse maximum . .	146.	145. 2.
Vertical basio-bregmatique. .	93.	132.
Indice céphalique. . . .	75. 2	79. 5.
Indice vertical.	47. 9	72. 2.
Largeur de la face . . .	120.	133.
Hauteur de la face . . .	72.	87. 7.
Indice facial.	60.	65. 9.
Longueur du nez. . . .	40.	51. 3.
Largeur.	24.	24.
Indice nasal	60.	46.

Les écarts les plus notables se rapportent au diamètre vertical basio-bregmatique (93 à 132) ; à l'indice facial (60 à 35-9) et à l'indice nasal (60 à 46).

Le cerveau n'est pas moins intéressant que le crâne, ou pour mieux dire ces deux pièces se complètent mutuellement.

Son volume est considérable par rapport à la taille du sujet. Nous indiquons ici le poids de ses parties constituantes à l'état frais.

Hémisphère cérébral droit. . . .	510	gr.
Hémisphère cérébral gauche . . .	522	—
Protubérance, bulbe, cervelet. . .	146	—
Poids de l'encépale entier	1178	—

Dès le premier coup d'œil jeté sur cet organe, on est frappé par la simplicité extrême des circonvolutions. Leur surface, très faible, ne présente point de sinuosités ; et elles ne sont pas séparées par de profonds sillons. Toutefois elles sont toutes représentées et l'on n'a point de lacunes à signaler.

LE CRÉTIN DES BATIGNOLLES



Planche 1. Le crâne dessiné au stéréographe de Broca



Belangé Phot. J. B. Baillière et fils Édit.rs Imp. Lemercier & Cie Paris

Planche 2. Circonvolutions de la face sup.re du cerveau

Les quatre frontales sont à leur place, mais la troisième (autant à gauche qu'à droite) est petite et atrophiée, et la frontale ascendante est coupée vers sa partie moyenne par un trait perpendiculaire, qui semble empêcher la fraction supérieure de se continuer avec l'inférieure. La pariétale ascendante est légèrement effilée à sa partie supérieure ; ce n'est là du reste qu'une exagération de sa conformation normale, car, suivant la comparaison pittoresque de M. Luys, elle offre l'aspect d'une sangsue. Le lobe occipital ne se continue pas par son bord supérieur avec le lobe pariétal ; il est situé dans un plan inférieur et en est séparé par la scissure perpendiculaire externe qui est très profonde. Ce lobe fait une saillie considérable en arrière ; on serait tenté tout d'abord de comparer cette disposition à la calotte que présente le cerveau du singe : mais cette ressemblance est purement superficielle, car dans la vraie calotte simienne le bord supérieur de la circonvolution occipitale forme une surface assez mince, qui recouvre un pli de passage dont elle est séparée par une scissure plus ou moins profonde.

Les circonvolutions de la face inférieure ne présentent aucune anomalie ; on sait d'ailleurs que chez des individus parfartement normaux le groupement et la forme des circonvolutions peuvent varier considérablement.

A la face interne des hémisphères, ce qui frappe le plus, c'est la délimitation imparfaite du lobule paracentral, et la forme triangulaire du lobe carré du côté gauche, dont les dimensions sont d'ailleurs plus faibles qu'à l'état normal.

En résumé le caractère principal de ce cerveau est son extrême simplicité. Quant aux légères anomalies que nous avons signalées elles n'ont pas une importance capitale.

Maintenant que nous connaissons le crâne et son contenu, nous pouvons assez facilement nous rendre compte de ce fait pathologique. Il s'agit évidemment d'un arrêt de développement motivé, sans doute par la maladie de nature inconnue qui a frappé le sujet à l'âge de onze mois, et qui a réduit sa taille, et atrophié son intelligence.

Quant au crâne, on peut prononcer le mot de rachitisme, en raison de sa disposition générale, et cette manière de voir est confirmée par l'existence de lésions rachitiques bien caractérisées à la partie supérieure du sternum.

Notons ici deux points, qui nous paraissent dignes de remarque. Les parois du crâne contrairement à ce que l'on observe chez beaucoup d'idiots et de crétins, étaient d'une minceur extrême, ce qui s'explique par le défaut d'ossification.

D'un autre côté le cerveau était volumineux par rapport à la taille du sujet, qui cependant n'offrait aucune vigueur musculaire. Les fonctions de motilité étaient chez lui presque aussi rudimentaires que les facultés intellectuelles ; de telle sorte que la masse considérable de son cerveau ne semblerait nullement avoir compensé l'extrême simplicité de sa forme.

Qu'il nous soit permis en terminant d'offrir nos meilleurs remerciements à M. le Dr Topinard et à ses deux préparateurs MM. Manouvriez et Chudzinsky qui ont bien voulu nous prêter le concours de leur expérience et de leurs lumières.

Les planches annexées à ce travail reproduisent les principales dispositions que nous avons signalées.

ARCHIVES CLINIQUES

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — ASILE SAINTE-ANNE.

UN CAS REMARQUABLE DE PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE ALCOOLIQUE

par le Docteur E. RÉGIS

Ancien chef de clinique des maladies mentales. Médecin de la maison de santé du Castel d'Andort (Bouscat, Bordeaux).

J'ai déjà cherché à démontrer, dans plusieurs travaux antérieurs, que les causes considérées jusqu'à ce jour comme les facteurs étiologiques les plus importants de la paralysie générale (alcoolisme, saturnisme, syphilis, etc., etc.), n'avaient en réalité qu'une action des plus secondaires sur le dévéloppement de cette maladie cérébrale et que, le plus souvent, ce n'est point la véritable paralysie générale qu'elles déterminent, la paralysie générale classique à évolution progressive et à terminaison forcément fatale, mais un état cérébral qui, tout en présentant le complexus symptomatique de cette affection, sa physionomie intellectuelle et somatique a une marche, des allures et un dénouement bien différents; à ce point qu'on est forcé de convenir qu'il ne s'agit plus là de la véritable paralysie générale, mais bien d'une pseudo-paralysie générale ou pseudo-folie paralytique.

La démonstration de cette idée, que les causes palpables, matérielles, ne produisent en général que des pseudo-paralysies générales, et que la vraie paralysie générale est précisément celle dont les véri-

tables causes nous échappent et dont l'étiologie est la plus obscure, je la poursuis chaque jour par l'étude attentive des faits, et, dès aujourd'hui, j'ai réuni un assez grand nombre de documents pour continuer cette étude, déjà commencée en ce qui concerne les causes toxiques de la paralysie générale. J'ai déjà publié, en effet, dans les *Annales médico-psychologiques* (1), un travail sur la pseudo-paralysie générale saturnine, et, depuis cette époque, j'ai recueilli de nouvelles observations qui confirment pleinement ma première opinion à cet égard.

En ce qui concerne l'alcoolisme, j'ai également publié plusieurs cas, que je crois probants, de pseudo-paralysie générale alcoolique. La plupart se trouvent consignés dans la thèse de M. le docteur Lacaille sur la pseudo-paralysie générale alcoolique ; un autre, accompagné d'autopsie, a paru l'année dernière dans les *Annales*. Ces cas établissent péremptoirement que des alcooliques, considérés et certifiés par les cliniciens les plus éminents comme atteints de paralysie générale, guérissent à plusieurs reprises de cette soi-disant paralysie générale, et que, pour si graves que soient à leur entrée dans les asiles leurs symptômes de paralysie et de démence, on peut prévoir presque à coup sûr leur acheminement progressif vers la guérison, par cette seule raison que ce sont des alcooliques chroniques. Certains de ces faits enfin montrent — chose plus importante encore — que lorsque des alcooliques, ainsi considérés comme atteints de paralysie générale, viennent à mourir finalement, soit dans le marasme, soit emportés par une attaque apoplectique, ce ne sont point d'habitude les lésions de la paralysie générale qu'on

(1) De l'Encéphalopathie saturnine dans ses rapports avec la paralysie générale progressive (*Annales méd. psych.* 1890).

rencontre à l'autopsie, mais des lésions circonscrites avec des altérations purement vasculaires, et surtout des pachyméningites hémorrhagiques.

Parmi les nouveaux cas de pseudo-paralysie générale alcoolique que j'ai recueillis depuis la publication de ceux auxquels je fais allusion, il en est un qui me paraît absolument probant et au-dessus de toute contestation. C'est celui que je rapporte plus bas.

Il s'agit, comme on va le voir, d'un alcoolique qui, considéré par tous les médecins qui l'ont examiné comme atteint de paralysie générale, ou comme y tendant déjà il y a douze ans, guérit et retomba seize fois en méritant dans l'un de ses accès la mention (*démence paralytique déjà avancée*), et après une série innombrable de rechutes et de guérisons, après seize séjours successifs dans les asiles de la Seine, sans compter ceux faits en province, et pendant lesquels il se présente avec les symptômes les plus nets et les plus prononcés de paralysie générale, vient de sortir une fois encore du service de la clinique, ayant guéri, ainsi que nous l'avions prédit aux élèves, des symptômes extrêmement marqués de paralysie générale qu'il présentait à son entrée, et qui semblaient ne laisser aucun doute sur la terminaison rapidement fatale de son affection.

Je commence, pour rendre le fait plus saillant et la démonstration plus évidente, par transcrire ici, sans commentaire, les certificats du dépôt et immédiats qui ont été délivrés sur le compte du malade, à chacune de ses seize séquestrations.

PREMIÈRE SÉQUESTRATION

(9 août 1870)

Certificat de la préfecture de police. — *Démence paralytique.* — Affaiblissement intellectuel ; conceptions délirantes ambitieuses ; embarras de la parole.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

Certificat immédiat. — *Paralysie générale.* — Affaiblissement des facultés mentales, amnésie, incohérence, sourire de satisfaction. Embarras de la parole, tremblement de la langue et des mains, céphalalgie, étourdissements, crampes, anciens excès alcooliques. Conscience incomplète de ses actes. Ne jouit pas de sa liberté morale.

Dr GIRARD DE CAILLEUX.

DEUXIÈME SÉQUESTRATION.

(13 octobre 1870)

Certificat de la préfecture. — *Démence paralytique.* — Ambitieux; embarras de la parole; motilité affaiblie; actes inconscients.

Dr LEGRAND DE SAULLE.

Certificat immédiat. — Alcoolisme chronique avec accès subaigus. Hallucinations. Il voit surtout la nuit des flammes, des étincelles, des chevaux s'élancer vers lui, des gens armés qui veulent le frapper. Tremblement considérable des mains.

Dr MAGNAN.

TROISIÈME SÉQUESTRATION

(2 octobre 1871)

Certificat de la préfecture. — Paralysie générale des aliénés. Tremblements; hésitation très marquée de la parole; idées ambitieuses incohérentes.

Dr LASÈGUE.

Certificat immédiat. — Alcoolisme chroniqne avec accès de délirium tremens. Hallucinations pénibles; quelques idées ambitieuses. Il aperçoit des rats; on le menace; il entend des voleurs; on lui lance des boulets rouges sur le visage etc., tremblement de tout le corps; parole embarrassée. Déjà traité plusieurs fois dans les asiles pour même délire. *Tendance à la paralysie générale.*

Dr MAGNAN.

QUATRIÈME SÉQUESTRATION

(3 janvier 1872)

Certificat de la préfecture. — *Démence paralytique.* — Ce malade a été blessé à la tête pendant la dernière campagne. Il est prévenu de vol. Il est absolument irresponsable.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

Certificat immédiat. — Alcoolisme chronique avec *tendance à la paralysie générale.* Activité désordonnée; propos incohérents; actes inconscients; parole embarrassée; tremblement des mains: crampes dans les membres. Ce malade a déjà été traité plusieurs fois dans les asiles.

Dr MAGNAN.

CINQUIÈME SÉQUESTRATION

(6 octobre 1872)

Certificat de la préfecture. — *Démence paralytique déjà très avancée.* — Affaiblissement intellectuel progressif ; conceptions délirantes vaniteuses ; embarras de la parole ; troubles de l'appareil locomoteur. Ce malade a été prévenu de vol et a obtenu le bénéfice d'une ordonnance de non-lieu. Il est dans un état mental qui exige son placement dans un asile d'aliénés.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

Certificat immédiat. — Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la Mémoire, idées ambitieuses ; idées de richesses ; actes délirants dont il n'a pas conscience : il va acheter le Café Riche, fonder un établissement en Amérique, devenir millionnaire ; acquérir de l'instruction. Faiblesse musculaire, crampes, hésitation de la parole ; habitudes anciennes d'alcoolisme. Déjà traité sous les noms de Dier, Rossat, Boulon. Sorti la dernière fois de Sainte-Anne par évasion.

Dr BOUCHEREAU.

SIXIÈME SÉQUESTRATION

(30 avril 1873).

Certificat de la préfecture. — Manie chronique. Arrêté pour vol. Ordonnance de non-lieu pour cause d'aliénation mentale.

Dr LASÈGUE.

Certificat immédiat. — Alcoolisme chronique avec excitation et idées ambitieuses incohérentes. Parole embarrassée ; crampes dans les membres. Déjà traité nombre de fois dans les Asiles.

Dr MAGNAN.

SEPTIÈME SÉQUESTRATION.

(10 Décembre 1873).

Certificat de la préfecture. — Etat maniaque, Délire général ; accès épileptiques, tremblements convulsifs. Idées ambitieuses confuses avec embarras spasmodique de la parole. Déjà traité pour même état. Habitudes de boissons.

Dr LASÈGUE.

Certificat immédiat — Alcoolisme chronique avec excitation, loquacité et idées ambitieuses incohérentes. Parole légèrement hésitante. Déjà traité six fois dans les Asiles.

Dr MAGNAN.

HUITIÈME SÉQUESTRATION.

(7 Février 1874).

Certificat de la préfecture. — Alcoolisme chronique avec accès subaigus. Excitation intellectuelle légère ; perversion du sens

moral. Ce malade, prévenu de vol, s'est très récemment évadé de Bicêtre. Il a déjà été placé sept fois dans les Asiles d'aliénés.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

Certificat immédiat. — Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la Mémoire ; accès d'agitation maniaque ; idées de persécution. Incapable de se diriger. Excès de tout genre. Evadé de Bicêtre.

Dr BOUCHEREAU.

NEUVIÈME SÉQUESTRATION.

(30 Juin 1874).

Certificat de la préfecture. — Alcoolisme chronique avec accidents épileptiques rares et impulsions dangereuses. Conceptions délirantes orgueilleuses tout à fait incohérentes. Embarras de la parole, tremblement de la langue et des mains. Instincts pervers et malfaisants, habitudes de vol et d'évasion. Ce malade, déjà traité un grand nombre de fois est condamné à un an de prison.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

Certificat immédiat. — Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, incohérence, conscience incomplète de la valeur de ses actions ; mauvais instincts ; interprétations délirantes ; difficulté de la parole. Anciennes habitudes alcooliques. Entre pour la neuvième fois.

Dr BOUCHEREAU.

DIXIÈME SÉQUESTRATION.

(26 Août 1874).

Certificat de la préfecture. — Accès d'épilepsie alcoolique ; turbulence maniaque et impulsions fâcheuses ; divagations, léger embarras de la parole ; strabisme temporaire ; mauvais instincts ; habitudes de vol et d'évasion. Ce malade, condamné à un an de prison, est placé pour la dixième fois.

Certificat immédiat. — Alcoolisme chronique avec idées confuses de persécution. Parole embarrassée. Déjà traité plusieurs fois.

Dr MAGNAN.

ONZIÈME SÉQUESTRATION.

(8 Juin 1875).

Certificat de la préfecture. — Alcoolisme chronique et épilepsie alcoolique. Turbulence maniaque ; impulsions dangereuses. Idées confuses de persécution ; fausses interprétations ; embarras de la parole. Instincts déplorables. Vol d'un porte-monnaie. Evasion de l'asile d'Evreux. Ce malade est séquestré pour la onzième fois.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

Certificat immédiat. — Alcoolisme chronique avec excitation

passagère et idées confuses de persécution. Ce malade, évadé de l'asile d'Evreux, est déjà entré plusieurs fois dans les asiles.

Dr Magnan.

DOUZIÈME SÉQUESTRATION.

(22 Décembre 1879).

Certificat de la préfecture. — Manie épileptique. Arrêté à la suite d'actes extravagants dans la rue ; relâché ; repris après une attaque, — également dans la rue. Nouvelle crise à l'infirmerie. Traité nombre de fois pour même état.

Dr Lasègue.

Certificat immédiat. — Alcoolisme chronique avec accès subaigus. Hallucinations pénibles. Ce malade, déjà traité plusieurs fois, aurait eu des attaques épileptiques. Doit être soumis à un plus long examen.

Dr Magnan.

TREIZIÈME SÉQUESTRATION.

(26 Mars 1880).

Certificat de la préfecture. — *Paralysie générale* caractérisée par l'inégalité des pupilles, par l'ânonnement de la parole, la difficulté à assembler les idées et à former des mots, par le trouble dans l'articulation des labiales, par l'exagération de la possession d'une somme d'argent, etc.

Dr Voisin.

Certificat immédiat. — Alcoolisme chronique avec excitation et actes inconscients à la suite d'excès de boisson. Le malade a eu des attaques dans sa jeunesse. Déjà traité à Bicêtre.

Dr Magnan.

QUATORZIÈME SÉQUESTRATION.

(14 Janvier 1881).

Certificat de la préfecture. — Alcoolisme chronique. Accidents convulsifs. Conjestion apoplectique à Mazas ; hémiplégie droite consécutive. Traumatisme crânien ancien. Embarras de la parole. Nombreux placements antérieurs, Vols. Acquittements.

Dr Legrand du Saulle.

Certificat immédiat. — Alcoolisme avec excitation passagère. Hémiplégie droite.

Dr Magnan.

QUINZIÈME SÉQUESTRATION.

(10 Novembre 1881).

Certificat de la préfecture. — Démence apoplectique. Attaques épileptiques anciennes. Hémiplégie droite il y a huit mois. Habitudes alcooliques invétérées. Traumatisme crânien ancien. Embarras de

la parole. Impulsions pathologiques soudaines ; excitation furieuse par intervalles. Instincts déplorables. Nombreuses séquestrations antérieures. Vol, ordonnance de non-lieu.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

Certificat immédiat. — Alcoolisme chronique avec excitation passagère. Conscience incomplète de ses actes.

Dr MAGNAN.

SEIZIÈME SÉQUESTRATION.

(1er Février 1882).

Certificat de la préfecture. — Alcoolisme chronique. Déjà placé quinze fois. Hémiplégie incomplète. Faiblesse d'intelligence. Arrêté emmenant une voiture du marché. Hébétude. Répond à peine.

Dr LASÈGUE.

Certificat immédiat. — Alcoolisme chronique avec symptôme de paralysie générale. Entré comme paralytique général en 1870. Depuis lors, seize rechutes. Embarras de la parole. Tremblement très prononcé de la langue et des mains. Affaiblissement intellectuel. Evadé de Bicêtre.

Dr RÉGIS.

Tel est le dossier médical du malade. On trouverait difficilement, je crois, une démonstration plus précise, et les documents qu'on vient de lire valent sans contredit la meilleure des observations ; ils se passent de tout commentaire.

Il ne me parait pas sans intérêt, cependant, d'ajouter à cette nombreuse série de certificats les principaux renseignements que j'ai pu recueillir sur les antécédents du malade, et un cour résumé de son histoire pathologique.

D... est âgé actuellement de 49 ans, il est marchand de chevaux et célibataire. C'est un homme de haute stature et d'une force peu commune.

Il appartient à une famille de 17 enfants dont 9 sont morts pour la plupart en bas âge et de convulsions. Les sept autres survivants sont mariés et ont des enfants ; quelques-uns en ont même déjà 7 ou 8.

Le père, boucher et aubergiste, était un fort buveur qui est mort à 48 ans d'un coup de sang, laissant sa femme enceinte. Je ferai remarquer à ce propos, en passant, que cette fécondité extraordinaire de certains parents d'aliénés, et surtout d'alcooliques, est un point très curieux de l'hérédité dans ces familles, et que j'ai déjà eu l'occasion de signaler. Il sera traité en détail dans un prochain travail, fait en collaboration avec M. le professeur Ball, et qui commencera à paraître dans un des prochains numéros de l'*Encéphale*).

La mère du malade est encore vivante. Elle est âgée actuellement de 75 ans, et bien portante.

Notons comme autres particularités dans la famille du malade :

1° Le grand'père paternel, ancien soldat du premier empire, buveur, mort à 61 ans d'un coup de sang, et ayant eu, lui aussi, 9 ou 10 enfants;

2° La grand'mère paternelle, encore vivante et bien portante, âgée actuellement de 98 ans. (Cette longévité, très fréquente dans certaines familles d'aliénés, est encore un des points sur lesquels portera le travail annoncé plus haut).

D... a eu des convulsions à l'âge de 13 ans, mais il n'a pas eu d'autre affection grave dans le cours de sa vie. Il a commencé à faire des excès de boisson à l'âge de 14 ans, et depuis, n'a jamais cessé de se livrer à ces habitudes d'intempérance. Il supporte mal l'alcool, en dépit de sa robuste constitution, et perd la tête au moindre excès. Il n'a jamais eu de chagrin, ni d'ennui, ayant pu influer sur son état mental. Il s'est battu pendant la guerre (22e d'artillerie) et notamment à Champigny. Blessé peu grièvement dans un combat.

En 1870, premier accès d'alcoolisme, revêtant dès l'abord, ainsi qu'on a pu le voir par les certificats rapportés plus haut, tous les caractères, physiques et intellectuels, de la paralysie générale.

A ces symptômes sont venus se joindre, à chaque accès, des signes non moins manifestes d'alcoolisme subaigu (insomnie, rêves, terreurs, cauchemars, visions d'animaux, peur d'être poursuivi, panique, tremblements, crampes, etc., etc.) Les principaux des rêves et des délires alcooliques du malade ont été les suivants :

1° Une nuit, D... s'imagine qu'un *cochon* est couché auprès de lui. Il le voit, il l'entend grogner, il sent son groin se frotter contre son visage. Effrayé, il se lève en le repoussant, puis cherche à se jeter sur lui. A ce moment, il s'aperçoit que c'est sa femme qui est à ses côtés et qu'il est sur le point de frapper.

2° Une autre fois, il monte en chemin de fer, sans avoir besoin d'aller nulle part, sans savoir pourquoi. En route, il s'imagine que tous ses effets brûlent, qu'il est en feu. Affolé, il jette sa montre, se dépouille de ses vêtements, les met en pièce, crie au secours, et veut s'élancer aux trois quarts nu par la portière. Les autres voyageurs, terrifiés, l'ont fait arrêter à Mâcon, où il est dirigé sur l'hôpital. Il y reste six jours, puis sort guéri.

3° Un matin, ayant passé sa nuit au bal de l'Opéra, et ayant bu suivant sa coutume, il va se coucher avec un de ses amis. Vers deux heures de l'après-midi, il s'éveille au milieu d'un cauchemar affreux, il se voit entouré d'ennemis, il croit qu'on lui donne des coups de sabre. Vite il se lève, saute par la fenêtre, située au deuxième étage, et tombe sans se faire aucun mal sur la terrasse d'un café.

4° Souvent il a rêvé qu'il volait dans les airs, qu'il avait des ailes, ou qu'il tombait dans des précipices. Ses visions lui montraient surtout du feu, des oiseaux, des souris qu'il écrasait, de

petits vers semblables à du vermicelle qui le rongeaient sur tout le corps.

Les péripéties et les drames pathologiques auxquels ont donné lieu les accès d'alcoolisme du malade sont innombrables. Je me borne à la courte énumération que je viens de faire.

Les symptômes de paralysie générale n'ont pas été moins nets. Cinq aliénistes des plus distingués, ont formulé en effet, à différentes reprises, le diagnostic de paralysie générale, et un sixème déclara, dès 1871, le malade comme tendant à cette affection.

En effet, dès son premier accès, D... présente de l'embarras marqué de la parole, de la faiblesse musculaire, de l'inégalité des pupilles, des conceptions ambitieuses incohérentes, de l'affaiblissement intellectuel, de la diminution du sens moral, une tendance marquée aux vols absurdes, et à l'évasion. A chaque reprise, les mêmes symptômes se reproduisent. C'est plus qu'il n'en faut, je crois, pour justifier le diagnostic de paralysie générale, tant de fois présenté dans les certificats précités.

Les idées de grandeur manifestées par le malade ont été, comme elles le sont dans la paralysie générale, absurdes, mobiles, contradictoires, incohérentes. D... disait qu'il allait devenir millionnaire, fonder des établissements de toute sorte, avoir des écuries et des chevaux magnifiques, etc., etc. Un jour, il entre au Café Riche, s'en croyant le propriétaire et dit d'un ton de maître à la caissière qu'elle peut partir, qu'il n'a plus besoin de ses services. Comme elle resistait, il s'est emporté et a cassé les glaces. Arrêté pour ce fait.

Quant aux symptômes de démence, ils ont été très manifestes dès le début. L'affaiblissement intellectuel est noté dans la plupart des certificats, et l'état de démence et de paralysie dans lequel se trouvait D... était si nettement caractérisée que M. Legrand du Saulle a pu écrire en octobre 1872 : *Démence paralytique déjà très avancée.*

Deux points particuliers doivent nous intéresser dans la marche des phénomènes morbides chez le malade.

On a vu qu'à partir du 9e accès, sont survenus des accidents épileptiques, qui sont signalés notamment dans les certificats relatifs aux 9e 10e 11e et surtout 12e séquestration, et qui sont considérés par tous les médecins comme de nature alcoolique. Ces accidents disparaissent bientôt, avec la même facilité que les autres symptômes de démence et de paralysie, mais ils font place bientôt à un autre ordre de phénomènes, à des accidents apoplectiques qui se traduisent par une hémiplégie du côté droit, qui elle-même disparaît en laissant de ce côté une certaine faiblesse musculaire.

Ces deux particularités de la marche de la maladie, chez D..., sont importantes et nous aurons occasion d'y revenir plus tard.

Lors de son entrée à la Clinique au mois de février 1882, D... présentait tous les symptômes d'une démence paralytique déjà très

avancée. Je dis démence, car cette fois, il ne manifestait pas d'idées ambitieuses. Il était comme abruti, et semblait plongé dans la démence la plus profonde. Son embarras de la parole, à caractère ataxique et s'accompagnant de mouvements spasmodiques des lèvres et de la langue était tel, qu'il pouvait à peine arriver à se faire comprendre. Les pupilles étaient inégales, le tremblement des extrémités très marqué, et la faiblesse des membres très accusée, surtout à droite.

C'est dans cet état que nous le présentâmes aux élèves, et nul ne douta qu'on ne fût en présence d'un paralytique général près de sa fin. Nous annoncâmes cependant la guérison prochaine du malade, et dénonçâmes son affection comme une *pseudo-paralysie générale alcoolique.*

En effet un mois après, D... commençait à travailler à la cuisine de Sainte-Anne, où il s'était occupé déjà lors de ses précédentes séquestrations. A ce moment, l'embarras de la parole et les tremblements sont bien moins accusés, la faiblesse musculaire commence à disparaître, et la démence elle-même se dissipe ; l'intelligence est plus ouverte, quoique encore un peu affaiblie. Les divers organes sont sains. Le cœur ne présente rien de particulier ; les artères sont dures, mais l'athérome n'est point très marqué. Les pupilles sont resserrées et légèrement inégales.

Le symptôme qui persiste le plus est l'affaiblissement du côté droit. On sait que l'année précédente, D... avait eu une attaque apoplectique, suivie d'hémiplégie droite avec aphasie pendant cinq semaines, avec état gateux et insensibilité absolue.

Tous ces accidents avaient disparu peu à peu, à part la faiblesse du côté droit qui avait persisté à un certain degré.

A l'entrée du malade, l'épreuve dynamométrique nous avait donné les résultats suivants :

Pression simultanée des deux mains.	60 k.
Main gauche.	50
Main droite	20

ce qui prouve que la différence était encore très manifeste.

Petit à petit, les symptômes de paralysie générale que présentait le malade disparaissent entièrement ; il ne reste plus rien de l'embarras de la parole, du tremblement, de la démence, de la paralysie. Tout est rentré dans l'ordre, et à part un très léger degré de faiblesse musculaire à droite, et un certain défaut de vivacité intellectuelle. D... est dans un état absolument normal, à ce point que malgré son passé significatif, malgré ses seize rechutes force nous est de le rendre enfin à la liberté.

Il sort le 14 juin 1882.

Voilà donc un malade qui déjà en 1870 présentait tous les symptômes de la méningo-encéphalite diffuse, qui a été considéré à ce moment comme paralytique

général par tous les médecins qui l'ont examiné et qui a passé sa vie à démentir le pronostic fâcheux porté sur son compte. Seize fois, il a présenté tous les signes de la paralysie générale, et seize fois il a guéri, et à l'heure actuelle, il est tout aussi éloigné de la démence paralytique terminale qu'au début de sa carrière pathologique.

Personne ne contestera que les symptômes de paralysie générale présentés par le malade n'aient été produits par l'alcoolisme. Cette origine se déduit naturellement de ce fait que les symptômes se reproduisaient avec les phénomènes toxiques habituels sous l'influence des excès de boissons commis par le malade, et disparaissaient naturellement avec ces phénomènes, sous l'influence de l'isolement et de la privation des excitants habituels.

D'autre part, l'aspect général de la maladie, sa marche, ses allures rémittentes, tout jusqu'aux crises épileptiformes épisodiques et à la tendance finale vers l'hémiplégie droite, rapproche cette observation de celles que j'ai précédemment publiées sous le titre de pseudo-paralysie générale alcoolique.

Il n'est donc pas douteux, il me semble, que la *paralysie générale* produite par l'alcoolisme présente des caractères spéciaux. C'est là un fait d'observation qu'il n'est pas possible de nier. Reste seulement à interpréter le fait et c'est ici que les dissentiments commencent.

Pour ma part, je ne vois que deux façons d'envisager la chose : 1° Ou bien il faut admettre qu'il n'y a pas une *paralysie générale*, mais *plusieurs paralysies générales*, différentes suivant la cause qui les a engendrées, et alors il reste à se demander si toutes ces formes sont au même degré des paralysies générales, ou si autour d'une paralysie générale *véri-*

table, réelle, et dont les causes étiologiques échappent, il ne vient pas se grouper un nombre plus ou moins grand de *pseudo* paralysies générales ; 2° ou bien il faut penser que ce qu'on appelle paralysie générale comprend en réalité deux maladies bien distinctes : la *folie paralytique* et la *démence paralytique ;* que la première survient sous l'influence de causes diverses et notamment de l'alcoolisme, qu'elle aboutit presque toujours, mais pas fatalement, à la *démcnce paralytique*, qui est sa terminaison la plus ordinaire, mais que par elle-même elle ne constitue pas une affection incurable, et que, comme toute folie, elle peut guérir et se représenter un grand nombre de fois, et tre chaque fois suivie de guérison.

Cette dernière opinion est celle de M. Baillarger, qui vient de publier tout récemment, dans les *Annales médico-psychologiques*, un remarquable article sur ce sujet.

Quelle que soit l'opinion que l'on adopte, il n'en reste pas moins acquis que l'état de paralysie générale produit par l'alcoolisme, comme celui produit par le saturnisme, est un état spécial qui présente des caractères particuliers et qui mérite d'être bien connu si l'on ne veut point s'exposer à des surprises de toute sorte, et voir un pronostic, nettement posé comme certain, être démenti par la suite des faits.

E. Régis.

UN CAS DE DÉLIRE PAR LÉSION CÉRÉBRALE SYPHILITIQUE

par Georges BELLANGÉ

Chef du laboratoire de la clinique des maladies mentales.

Le 6 novembre 1882 entrait dans le service de M. le Professeur Ball, à l'hôpital Laënnec, salle Larochefoucauld, lit n° 27,

M. G.... Jean, âgé de 42 ans, cordonnier, né à Anvers Belgique), célibataire. Cet individu de taille au-dessous de la moyenne, de faible constitution, nous donne les renseignements suivants : Son père est mort à 42 ans à la suite, dit-il, d'un crachement de sang, il toussait du reste depuis longtemps et était sujet à s'enrhumer facilement, pas d'habitudes alcooliques : Sa mère est morte d'épuisement, dit-il, à l'âge de 46 ans, il serait difficile d'après les renseignements fournis de dire si dans ce cas la maladie était un cancer, quelques réponses faites par le malade le laisseraient du moins supposer. Il y a eu 12 enfants, quatre seuls survivent à l'heure qu'il est, les autres sont morts en bas âge, un seul est arrivé jusqu'à l'âge de 14 ans mais serait mort d'épilepsie.

Quant à notre malade, il a toujours jusqu'à ce jour joui d'une excellente santé et à part les maladies de l'enfance il n'a eu aucune affection sérieuse. Il y a six ans environ, il contracte un chancre induré qui guérit facilement, à la suite lui surviennent des plaques muqueuses, et il a quelque temps après une éruption cutanée qui n'était évidemmeut autre chose que des syphilides papulo-squammeuses. La syphilis le laisse alors tranquille pendant plusieurs années, et il y a quelque temps, il survient de la céphalalgie, des vomissements et quelques troubles dans la vue, c'est alors qu'il se décide à entrer à l'hôpital et vient réclamer nos soins.

A son arrivée, nous trouvons son intelligence affaiblie mais pas encore assez pour qu'il ne puisse nous donner les renseignements que nous avons précédemment donnés. Il a un léger degré de strabisme interne de l'œil droit, qui serait, paraît-il, congénital, en même temps on constate un myosis des plus accentués et lorsque après avoir plongé le malade dans l'obscurité on le fait passer dans un milieu très éclairé, on peut voir que sa pupille ne se contracte pas, en même temps sa paupière supérieure droite est procidente. Il a eu, paraît-il, des douleurs dans les jambes qui avaient un caractère de fulgurance, et il présente le signe de Romberg.

Nous doutant que sa syphilis était ici en jeu, la médication spécifique est instituée, mais l'iodure de potassium est donné à faible dose et loin de s'amender, les symptômes du malade ne font que progresser de jour en jour et bientôt il perd tout à fait conscience de lui-même. Il se lève alors dans la journée, se promène en chemise dans sa salle, ne sait point retrouver son lit, cherche à se coucher dans celui de son voisin, et finalement on est obligé de le tenir couché et de lui appliquer la camisole de force. Vient-on à la lui enlever, il mange ses excréments. C'est alors que la médication mixte est donnée, l'iodure de potassium est pris à la dose de quatre grammes par jour. Sous l'influence de ce traitement le malade qui avait perdu complètement la raison la recouvre ; bientôt il est moins agité, on lui ôte la camisole et

aujourd'hui à part un certain degré d'obnubilation intellectuelle qui est chez lui un phénomène congénital, à part aussi les phénomènes oculaires, le malade est complètement rétabli de son délire.

La céphalalgie du début, ainsi que les vomissements font nécessairement songer à une tumeur cérébrale, la cure produite par l'iodure d'autre part nous révèle la nature spécifique de la lésion. Toutefois il y a d'autres symptômes qu'il ne faut pas négliger, ce sont l'abolition du réflexe tendineux, le prolapsus de la paupière, le myosi et la parésie iridienne, tous signes d'ataxie locomotrice. Il est donc probable, en effet, qu'au lieu de localiser simplement ses lésions au cerveau, la syphilis a de plus envahi la moelle. Peut-être est-il encore temps d'agir et peut-on espérer d'améliorer l'état de l'individu. Cette observation nous remet en mémoire un autre fait qui a beaucoup d'analogie avec celui-ci et qui a été communiqué il y a quelques années à la Société médicale des hôpitaux par un médecin du Val-de-Grâce, M. le Dr Lereboullet. il s'agissait d'un soldat qui, quelque temps après son entrée à l'hôpital fut pris d'idées de persécution, se réfugiait sous les lits de ses camarades, s'enfermait dans les endroits les plus obscurs, et offrait en même temps les symptômes oculaires de l'ataxie locomotrice. Ce malade fut rapidement amélioré. On pourrait dire qu'il y a eu dans ce cas délire de persécution, tandis que dans notre observation il y a eu un délire dément, mais la syphilis peut produire des effets variés suivant telle ou telle localisation.

BIBLIOGRAPHIE

TRAVAUX FRANÇAIS

De la Paralysie générale et du Traumatisme *dans leurs rapports réciproques*, par le Dr CH. VALLON (Thèse de Paris, 1882. Delahaye et Lecrosnier.)

Parmi les questions de tout ordre que soulève l'étude de la paralysie générale, il en est trois qui offrent un intérêt considérable, non seulement parce qu'elles ont trait à certains côtés essentiels de la maladie, mais aussi parce qu'elles sont loin d'être élucidées et qu'elles n'ont encore donné lieu qu'à un petit nombre de travaux.

La première de ces questions a pour objet l'influence des traumatismes, et en particulier du traumatisme crânien, sur le développement de la paralysie générale. C'est là un

point intéressant d'étiologie, mais encore confus et plein d'obscurité.

La seconde qui touche à la thérapeutique de la paralysie générale, et qui pourrait peut-être ouvrir un jour à cette thérapeutique une voie nouvelle et féconde, en la dirigeant sur les traces de la nature elle-même, est relative aux traumatismes (fractures et plaies) qui surviennent chez les paralytiques généraux, et à l'influence de ces traumatismes sur la marche et l'évolution finale de la maladie.

La troisième enfin, qui appartient à la fois au domaine chirurgical et à celui de la psychiâtrie, s'occupe des règles de la pratique opératoire vis-à-vis des sujets atteints de méningo-encéphalite diffuse.

Mettant à profit les nombreux matériaux cliniques qu'il a recueillis pendant son internat à l'asile Sainte-Anne, M. le Dr Vallon, aujourd'hui mon successeur à la Clinique des maladies mentales, a réuni ces trois questions dans une étude d'ensemble, et il en a fait l'objet de sa thèse inaugurale sous le titre suivant :

« De la Paralysie générale et du Traumatisme dans leurs rapports réciproques. »

Cette thèse comprend deux parties :

— Dans la première, l'auteur cherche à déterminer l'influence des traumatismes crâniens sur la production de la paralysie générale.

— Dans la seconde, il s'occupe des affections chirurgicales qui peuvent survenir chez les individus atteints de paralysie générale. D'une part, il étudie les caractères imprimés à l'affection incidente par la paralysie générale préexistante, et d'autre part, l'influence de l'affection chirurgicale sur la méningo-encéphalite diffuse. Il termine enfin par quelques considérations sur la médecine opératoire chez les paralytiques généraux.

Un mot sur chacun des points traités dans cet intéressant travail.

Après avoir rappelé que la plupart des auteurs et en particulier MM. Lasègue, Ball, Baillarger, Lunier, etc., admettent parfaitement l'existence d'une paralysie générale d'origine traumatique, M. Vallon commence par se ranger à cette opinion, et il affirme qu'à son avis, la méningo-encéphalite reconnaît pour cause, bien plus souvent qu'on ne le croit généralement, un coup ou une chute sur la tête.

Pour sa part, il en a observé un assez grand nombre d'exemples qui ne peuvent être révoqués en doute, car dans ses recherches il a eu le soin d'éviter l'erreur dans laquelle on tombe parfois, et qui consiste à prendre pour la cause de la maladie ce qui n'est que le résultat d'une de ses premières manifestations, à faire d'une chute morbide le traumatisme générateur de l'affection elle-même.

Etant admis que les traumatismes du crâne peuvent produire la paralysie générale, combien de temps s'écoule-t-il entre le moment où agit la cause et celui où apparaissent les premiers symptômes de la maladie.

A cette question nettement formulée l'auteur répond en s'appuyant d'une part sur les travaux de M. Duret et de M. Lasègue, de l'autre sur son expérience personnelle et les faits qu'il a observés, qu'on ne peut assigner une durée fixe et invariable à la période d'incubation de la paralysie générale consécutive à un traumatisme. Tantôt, mais le fait est relativement rare, les premiers symptômes de méningo-encéphalite diffuse peuvent se montrer très peu de temps après l'ictus traumatique, presque immédiatement après même, quelquefois.

Le plus souvent, les lésions cérébrales restent latentes pendant un certain temps. Le choc a eu lieu ; il a été suivi de phénomènes variés : attaques épileptiformes, simple vertige, céphalalgie plus ou moins persistante, quelquefois paralysies localisées et passagères, puis tout rentre dans l'ordre. Plusieurs mois, une année, plusieurs années se passent et les premiers symptômes de la paralysie générale font à la longue leur apparition.

D'autres fois, enfin, les phénomènes qui suivent l'ictus traumatique se prolongent et se reproduisent pendant plus ou moins longtemps ; d'autres viennent s'y joindre, accès d'agitation, ou au contraire mélancolie, troubles intellectuels divers ; puis les caractères de la paralysie générale s'affirment et la maladie suit dès lors son cours habituel.

Tels sont les trois différents modes de début de la paralysie générale d'origine traumatique.

Quant à la forme clinique que revêt cette variété de méningo encéphalite diffuse, elle n'a rien de spécial, dit M. Vallon, et la maladie ne présente pas dans ces cas de caractères absolument distincts qui permettent de la reconnaître à priori et de la rapporter, sans renseignements

préalables, à sa véritable cause. Tantôt c'est une forme subaiguë avec crises plus ou moins nombreuses et plus ou moins fréquentes, et tantôt une forme continue caractérisée par un affaiblissement graduel et progressif des forces et de l'intelligence. La seule particularité signalée par M. Vallon est l'existence de troubles de la vue de nature amaurotique qu'il a rencontrés deux fois, coexistant avec les symptômes ordinaires de la paralysie générale.

Ces questions résolues, il restait à l'auteur un point des plus importants, mais aussi des plus difficiles à étudier, je veux parler du mode d'action des traumatismes crâniens, c'est-à-dire de la pathogénie de la paralysie générale d'origine traumatique.

La question est complexe et fort embarrassante, et il convient pour y répondre, suivant l'auteur, d'étudier séparément les cas dans lesquels il y a eu fracture des os avec blessure du cerveau, et ceux dans lesquels cette fracture et cette blessure ne se sont pas produites.

Dans les premiers cas, dont MM. Calmeil, Lasègue et A. Voisin ont rapporté quelques exemples, il est probable que la blessure ou plutôt la cicatrice du cerveau doit agir comme le ferait un corps étranger. C'est une épine plantée dans la masse nerveuse ; elle peut rester là sans manifester de longtemps sa présence, ainsi que cela se voit pour d'autres organes ; mais à un moment donné elle devient le point de départ d'une méningo-encéphalite diffuse. Toutefois ces faits sont rares, et lorsque de tels traumatismes ont lieu, il y a bien plus à redouter pour l'avenir l'épilepsie que la paralysie générale, d'après M. Vallon.

Voilà pour les cas où la paralysie générale se montre tardivement. Quant à ceux dans lesquels elle est presque immédiatement consécutive au traumatisme, il est évident que l'on a affaire à des phénomènes inflammatoires de cause directe. Seulement, cette inflammation, au lieu de revêtir le caractère franchement aigu, affecte plutôt le type subaigu.

Comment, maintenant, agissent les traumatismes crâniens qui ne produisent pas de fracture des os et qui, par conséquent, n'atteignent pas directement la substance cérébrale. Ici encore, il faut distinguer les cas où la paralysie générale se montre prématurément et ceux où elle ne survient qu'à longue échéance.

« Dans les premiers cas, dit M. Vallon, lorsque l'affection cérébrale est presque immédiatement consécutive au traumatisme, je crois que ce traumatisme n'est point la cause, ou tout au moins la cause unique de l'affection. Le sujet a-t-il fait une chute ; cette chute est selon toute apparence de nature pathologique, elle est plutôt l'effet que la cause du mal. Le sujet, au lieu de tomber, a-t-il reçu un coup sur la tête, il a fallu, pour que la maladie se déclare aussi rapidement, qu'il y ait une prédisposition, ou même que le malade soit en état d'imminence morbide. « Le coup n'a été que l'étincelle qui a mis le feu aux poudres. Nous ne saurions admettre, en effet, qu'un choc, même violent, puisse créer d'emblée et de toutes pièces une maladie dont l'évolution est en somme lente à se faire. »

Dans les cas où les symptômes de la paralysie générale, quoique précoces, n'apparaissent que quelques jours après le traumatisme, il est probable que ce traumatisme agit alors en provoquant une contusion ou une commotion du cerveau. Il se produit ce qu'on observe quelquefois pour les poumons, qui, à la suite de violences extérieures ayant atteint seulement le thorax, peuvent s'enflammer, non pas d'une façon franche et aiguë, mais d'une façon lente et chronique.

Lorsque enfin la paralysie générale ne se montre que plus ou moins longtemps après l'action du traumatisme, ou bien entre ce traumatisme et l'apparition de la paralysie générale se sont produits d'une façon continue des phénomènes cérébraux, et alors la méningo-encéphalite n'est que l'aboutissant final de ce travail sourd qui s'est passé dans l'intimité de la trame du cerveau ; ou bien la paralysie générale n'apparaît qu'après un long intervalle de calme, et alors, il est possible que cette affection soit le résultat d'une diathèse locale engendrée par le traumatisme, d'un ébranlement de toute la masse encéphalique qui, à la longue a modifié la constitution du sujet, et a fait de lui, suivant l'heureuse expression de M. Lasègue, un *cérébral.*

Dès lors la prédisposition à la paralysie générale est créée chez le malade, non point du fait de l'hérédité, mais du fait du traumatisme, par *auto-hérédité*, si l'on peut ainsi dire, et à la moindre occasion, à cette époque de la vie surtout où les éléments nobles de la trame cérébrale su-

bissent une évolution qui les rend éminemment aptes aux atteintes des lésions de la paralysie générale, celle-ci survient, effet *indirect*, mais *réel*, du traumatisme ancien.

Pour en finir avec cette question du traumatisme comme cause de paralysie générale, M. Vallon fait observer, sans insister d'ailleurs sur ce point, que lorsque le sujet est déjà atteint de paralysie générale les coups et les chutes sur la tête ont chez lui pour effet d'accélérer l'allure et de précipiter la marche des symptômes. Le traumatisme, capable d'engendrer la maladie, peut, à plus forte raison, l'aggraver quand elle existe déjà. Il agirait probablement dans ce cas en déterminant un afflux de sang vers l'extrémité céphalique et en déterminant des accidents congestifs, si funestes, on le sait, dans la paralysie générale. M. Vallon aurait pu ajouter, pour en revenir à sa comparaison avec les affections pulmonaires, que le paralytique général se trouve alors dans les mêmes conditions qu'un tuberculeux qui contracte une bronchite ou une inflammation pulmonaire d'origine traumatique, accident épisodique qui vient s'enter sur la maladie principale et lui imprimer de nouvelles forces.

La seconde partie de la thèse de M. Vallon est consacrée à l'étude de l'action réciproque des traumatismes et de la paralysie générale.

Elle comprend trois paragraphes :

1° L'action de la paralysie générale sur les traumatismes.

2° L'action des traumatismes sur l'évolution morbide de la paralysie générale.

3° Les opérations chirurgicales chez les paralytiques généraux.

1° — Depuis les travaux de MM. Bonnet, Poincaré, Verneuil, et surtout depuis l'intéressant travail du docteur Biaute, parut en 1876 dans les *Annales médico-psychologiques*, on sait que la Paralysie générale est une cause prédisposante pathologique des fractures. Plusieurs auteurs en ont cité des exemples, et il est aujourd'hui démontré qu'il survient parfois chez les paralytiques généraux des fractures sous l'influence de causes qui auraient été loin d'être suffisantes pour produire les mêmes résultats chez des individus normaux.

Cette disposition des os à la rupture dans la paralysie générale tiendrait, d'après les auteurs précités, à la raréfaction des cellules osseuses dans cette affection et à l'en-

vahissement progressif des os par la dégénérescence granulo-graisseuse sous l'influence du travail général de désassimilation qui se produit dans l'organisme.

M. Vallon partage en tous points cette manière de voir, mais, contrairement à l'opinion généralement admise, il pense que la consolidation des fractures chez les paralytiques généraux, tout en étant lente à se faire, peut cependant avoir lieu, et que M. Biaute est trop pessimiste quand il dit que les résultats favorables doivent être considérés comme une exception.

Si la paralysie générale est une cause relativement fréquente de fracture, elle est bien plus souvent encore une cause de plaies et de suppurations. Il y a plus de quarante ans que M. Baillarger a signalé ce fait, dont il trouvait un exemple dans ces eschares qui se développent chez les paralytiques généraux, en dehors des points exposés aux compressions.

Quoi qu'on en dise, ces plaies, le plus souvent de nature gangréneuse, ont parfois de la tendance à guérir, et il n'est pas absolument rare de voir des plaies de toute sorte et même des eschares profondes se combler et se cicatriser chez des paralytiques même très avancés.

M. Vallon pense ainsi. Il croit d'ailleurs que l'évolution des plaies dans la paralysie générale varie selon la période de la maladie où elle survient, et le degré de participation de la moelle aux lésions du cerveau.

En revanche, d'après plusieurs auteurs, les plaies de tête guériraient très vite chez les paralytiques, ce qu'on a cherché à expliquer par la suractivité circulatoire de cette région dans le cours de la maladie.

2° En ce qui concerne l'action des traumatismes sur la paralysie générale, il est maintenant établi, depuis que M. Baillarger a mis ces faits en lumière, que les plaies et suppurations prolongées ont fréquemment pour effet d'améliorer la paralysie générale, ce qui évidemment doit être attribué à la révulsion, à la dérivation produite par ces exutoires spontanés.

On a vu des paralysies générales, parvenues aux dernières périodes, être enrayées dans leur marché, et même rétrocéder et s'immobiliser pour ainsi dire, dans un état de guérison presque complète.

L'amélioration, dit M. Vallon, paraît porter surtout dans

ces cas sur l'état physique; l'état intellectuel, au contraire, est plus rarement et moins heureusement influencé, le délire quand il existe peut disparaître, mais quand la démence est déjà produite elle persiste.

De cette influence heureuse, ajoute-t-il, des plaies sur la paralysie générale, ressort une indication pratique de premier ordre. Il faut créer aux paralytiques des plaies artificielles, leur mettre des moxas, des sétons, etc.

3° En ce qui concerne les opérations à pratiquer chez les individus atteints de paralysie générale, MM. Decorse, Deguise, Biaute et Billod, qui se sont occupés de la question, les proscrivent d'une façon générale, par ce fait que, suivant eux, le résultat est presque toujours funeste, et que toucher à un paralytique général, c'est donner un coup de fouet à sa maladie. M. Baillarger a commencé à réagir contre cette opinion trop exclusive, en citant des cas où de graves opérations, pratiquées chez de tels malades, avaient été suivies d'un plein succès. M. Vallon est du même avis que M. Baillarger, et plusieurs faits remarquables d'opérations heureuses chez des paralytiques généraux même cachectiques qu'il a observés avec son maître M. Pozzi, chirurgien des Asiles de la Seine, confirment pleinement son opinion.

On peut donc conclure, en résumé, que le fait seul de l'existence de la paralysie générale n'est pas une contre indication formelle aux opérations chirurgicales.

Tels sont les divers points traités par M. Vallon dans sa thèse, et la façon dont il les a envisagés.

A chacune des parties étudiées correspond une série d'observations très intéressantes, pour la plupart inédites et personnelles à l'auteur, et dont le nombre total est de trente.

S'il m'était permis d'adresser un léger reproche à M. Vallon, dont le travail offre tant d'intérêt, ce serait d'avoir embrassé un sujet un peu trop vaste pour le cadre étroit d'une thèse. C'est ainsi que la question de pathogénie, celle de la paralysie générale d'origine traumatique, qui est traitée si minutieusement et pour ainsi dire à fond dans la première partie de la thèse, a été longuement développée par l'auteur au détriment forcé des deux autres points du sujet, les *traumatismes* et les *opérations chirurgicales* chez les paralytiques généraux, dont les proportions ont dû être

nécessairement restreintes. Ainsi, par exemple, après avoir constaté l'heureuse influence qu'ont d'habitude les vastes suppurations sur la paralysie générale, il devenait nécessaire de se demander si les suppurations non plus *spontanées* mais *provoquées*, *artificielles*, c'est-à-dire la *révulsion*, avait une action tout aussi efficace que celles produites par les seuls efforts de la nature; afin d'en arriver à des déductions pratiques raisonnées, et à formuler des règles précises pour le traitement de la paralysie générale par les dérivatifs et les révulsifs.

De même, en ce qui concerne les opérations chirurgicales chez les paralytiques généraux, M. Vallon constate et avec raison, que ces opérations sont, plus souvent qu'on ne le pense, suivies de succès, et que la réunion par première intention n'est pas rare, qu'on voit chez ces malades des guérisons de plaies qui paraissent réellement surprenantes.

Cette tendance à la réparation des tissus, indéniable dans bien des cas de paralysie générale, ne s'accorde en somme que très imparfaitement avec cette tendance à la désassimitation et à la dénutrition des tissus, egalement signalée par l'auteur, et qui a pour effet de déterminer chez les paralytiques une prédisposition assez marquée aux fractures et aux plaies gangréneuses.

On peut même dire que ces deux tendances, absolument opposées, paraissent inexplicables chez les mêmes sujets, et il y avait peut-être lieu d'en expliquer la raison d'être ou tout au moins de la discuter.

Mais, je le répète, ce n'est point la faute de l'auteur, s'il a été forcément incomplet sur quelques points. La faute en est à la nature même de son travail, qui ne lui permettait pas d'entrer dans de trop grands développements. M. Vallon semble être allé d'ailleurs lui-même au devant de mes reproches, car il s'exprime ainsi au début de la seconde partie de sa thèse.

« Nous ne nous dissimulons pas combien ce travail est incomplet, mais nous ne le considérons que comme une ébauche que nous avons la ferme intention de perfectionner plus tard. »

En résumé, nous ne pouvons que remercier M. Vallon de nous avoir donné un travail si intéressant et si plein de faits, et l'engager, dans l'intêret même de la science à

laquelle il a consacré ses efforts, à compléter ce travail sur les points qu'il n'a pu encore mettre en lumière.

E. RÉGIS.

TRAVAUX ÉTRANGERS

Leçons sur les affections du système nerveux considérées surtout chez les femmes, par le docteur S. WEIR MITCHELL. de New-York.

L'heure est aux études des affections nerveuses. Voic un autre livre qui traite ce sujet si attrayant, à un point de vue plus restreint. Il s'agit des affections nerveuses des femmes et surtout de cette grande névrose : l'hystérie.

Le livre du docteur Mitchell est original en dépit de la richesse de la littérature médicale sur cette affection. Ce ne sont pas les faits connus de tous, que vient raconter l'auteur,il signale les points négligés jusqu'ici, et approfondit ceux qui n'ont été qu'effleurés; quantaux faits déjà vulgaires, il les étudie sous un jour nouveau et y dépose son empreinte personnelle.

M. Mitchell sait combien d'éléments disparates peuvent se mélanger dans un cas de désordre hystérique et combien il est facile d'attribuer à l'hystérie elle-même des symptômes qui lui sont étrangers et qui n'ont avec les véritables phénomènes qu'un rapport de coïncidence et de simultanéïté. il s'attache à rechercher les faits probants dans un domaine fécond en erreurs et en surprises. Ces études ainsi poursuivies l'ont conduit à une thérapeutique nouvelle, d'une efficacité remarquable et dont la presse médicale commence à retentir. Nous voulons faire allusion ici aux brillants résultats obtenus par le traitement que préconise depuis quelque temps M. Mitchell, le repos absolu le massage, l'hyperalimentation et l'électricité, appliqués simultanément, et dont il fait le développement complet dans son nouveau livre.

L'auteur traite tour à tour et avec grands détails des paralysies hystériques, de l'ataxie motrice de l'hystérie, des parésies, des simulations d'autres maladies dans cette

affection. Il consacre un chapitre entier aux formes inusitées des troubles spasmodiques chez les femmes, spasmes rotatoires, spasmes fonctionnels, strychniques, spasmes simulant des tumeurs dans les muscles pectoraux, dans les parois abdominales, dans les gastrocnémiens. Les spasmes chroniques sont l'objet d'une leçon très développée. Il traite ensuite de la chorée de l'enfance au point de vue du climat, de la saison, de la localité, de la race, cet intéressant chapitre est accompagné de cartes, indiquant d'un coup d'œil, les conditions atmosphériques et météorologiques relatées aux recherches faites au sujet de la chorée. Un point non moins remarquable est la comparaison que fait M. Mitchell entre la chorée des enfants de couleur en Amérique et celle des enfants blancs.

Les cinq dernières leçons sont encore consacrées à l'hystérie. Nous y trouvons des détails sur les désordres du sommeil chez les femmes nerveuses ou hystériques, l'histoire de l'hémiplégie fonctionnelle nocturne; il y étudie minutieusement les troubles vaso-moteurs et respiratoires, les singularités du pouls et des palpitations cardiaques.

L'aphonie hystérique y est représentée par un cas des plus remarquables; enfin le docteur Mitchell arrive aux troubles gastriques; l'auteur ouvre cette avant-dernière leçon en mettant en parallèle les troubles hystériques très graves, l'hystéro-épilepsie proprement dite avec l'hystérie simple. Selon lui, l'hystéro-épilepsie serait moins fréquente en Amérique qu'en Europe, mais nous devons le dire, malgré les cas, malheureusement toujours trop nombreux que l'on trouve dans les hôpitaux spéciaux de Paris, cette névrose si grave n'est pas non plus extrêmement fréquente ici. On comprendra l'importance de la leçon que nous analysons quand nous aurons dit que le docteur Mitchell y traite tour à tour des troubles de la mastication, des différentes formes de paralysie, de l'anorexie hystérique, du vomissement hystérique, du jeûne hystérique, enfin, de la défécation chez les hystériques.

Le dernier chapitre, le plus important, sans contredit, au point de vue de son utilité pratique, aussi bien que la nouveauté du sujet, relativement à son application méthodique, c'est le chapitre du traitement; traitement que l'on n'a appliqué jusqu'ici qu'aux cas invétérés et rebelles à toute autre thérapeutique, mais que l'on pourrait

tout aussi bien appliquer aux cas plus légers et d'emblée si l'on veut seulement penser au temps que l'on gagnerai, et aux souffrances que l'on épargnerait aux malades par cette méthode radicale, il est vrai, compliquée, peut-être aussi, mais pas plus compliquée et incomparablement plus courte que les innombrables ordonnances auxquelles l'hystérie donne lieu pendant si longtemps

Nous avons déjà dit au commencement de cette revue, qu'il s'agissait d'une méthode thérapeutique comprenant simultanément le repos absolu au lit, le massage, l'électricité, l'administration d'une préparation ferrugineuse des plus simples et enfin l'hyperalimentation.

Ce traitement a déjà traversé l'Atlantique, et à Londres, des praticiens connus ont publié des succès tellement brillants qu'il faut la haute autorité de leur nom pour admettre les faits sans discussion.

Nous nous réservons de parler plus longuement et à une époque peu éloignée des résultats obtenus par M. le docteur Mitchell.

Nous dirons seulement aujourd'hui que le livre qu'il vient d'offrir au public médical, comble une lacune ; ce n'est pas que l'étude de l'hystérie soit négligée aujourd'hui, mais ce n'est qu'à force d'observations sur le sujet vivant que les traits encore inconnus et encore si nombreux de de cette affection deviendront familiers. Ce travail est un nouveau titre à ajouter à tous ceux que possède déjà l'éminent praticien américain.

Dr OSCAR JENNINGS.

Clinical lectures on diseases of the nervous system. — LEÇONS CLINIQUES SUR LES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, par M. le Dr Thomas Buzzard, médecin à l'hôpital national pour les paralysés et les épileptiques.

Comme le dit l'auteur, ce livre n'est pas un traité didactique sur les maladies du système nerveux, mais une série de leçons pratiques est faite sur le malade; M. Buzzard, dont le champ d'observation est immense, a traité la plupart des affections du système nerveux, et nous avons sousles yeux un ouvrage complet sur la matière, appuyé dans toutes ses assertions par la démonstration clinique.

L'auteur consacre ses deux premiers chapitres à l'étude des réflexes tendineux ou phénomènes du genou et du pied; il indique la manière précise de les provoquer et la signification de leur présence ou absence selon l'état de santé ou de morbidité de l'individu. Il épuise, dans l'historique de ce sujet, l'opinion encore si peu assise des auteurs. Il admet, cependant, provisoirement et quoique doutant de la nature du phénomène, le caractère réflexe de ce symptôme, tant pour le genou que pour le pied. Il passe en revue les différentes lésions de la moelle et explique à ce sujet l'état des dits phénomènes réflexes. Toutes les opinions qu'il avance, du reste, sont basées sur l'observation des cas qu'il décrit dans son livre.

Les deux chapitres suivants traitent de la paralysie de l'enfance et de la polio-myélite antérieure aiguë des adultes. L'auteur cite ici M. le professeur Vulpian, qui a le premier, fait l'histoire des myélites systématiques, ainsi que M. le professeur Grasset (de Montpellier). Il refait tout au long l'histoire des paralysies dites essentielles de l'enfance. Le diagnostic différentiel de la paralysie de l'enfance avec l'hémiplégie cérébrale est un des points les plus importants de ce chapitre, si l'on considère que la paralysie dite infantile affecte fréquemment la forme hémiplégique aussi bien que la forme paralytique. Disons en passant que l'auteur nie toute efficacité au traitement par l'électricité chez les enfants. La fin du chapitre est consacrée à la polio-myélite du bulbe, affection qui, toutefois, se termine rapidement par la mort.

Nous arrivons ensuite à une leçon qui a pour objet le diagnostic différentiel de certains états hystériques et des myélites. L'importance de ce chapitre est considérable, il contient l'histoire de toutes les formes de simulation que peut prendre l'hystérie. A ce sujet, l'auteur revient encore sur les réflexes tendineux et les montre dans la paralysie hystérique; il la montre imitant la sclérose latérale, la myélite subaiguë; il indique comment certains cas de polio-myélite ont pu être pris pour des cas de d'hystérie, voire même, pour certains cas de mal de Pott.

Une partie considérable du livre est donnée à l'ataxie locomotrice. Il traite cet important sujet d'une façon très complète. Tout d'abord une esquisse de l'anatomie de la moelle et du siège des lésions dans le tabes; puis les symp-

tômes : lésion du bulbe, atrophie du nerf optique, lésion de la cinquième paire, lésion de la peau, lésion de nutrition, crise gastrique, qui, pour l'auteur sont dues à la sclérose des ganglions du nerf vague. Les relations de l'ataxie locomotrice et de la syphilis sont également bien développées. Le docteur Buzzard consacre une leçon entière à la syphilis du cerveau; il en donne plusieurs observations dont le symptôme dominant était la somnolence prolongée. Dans ces cas le mercure a une efficacité remarquable.

La dix-huitième leçon offre un attrait considérable; il s'agit ici de ces cas singuliers qui n'ont pas de noms propres dans la nomenclature des affections nerveuses et que l'auteur lui même intitule *cas de paralysie rapide et presque générale.* Nous voyons des patients offrant des paralysies des quatre membres, de la face, des yeux, de la déglutition, de la respiration ; la cause de ces affections si étranges serait très probablement la syphilis ; telle est, du moins, l'opinion du savant auteur que nous analysons.

La leçon suivante est non moins intéressante; il y est question de la paralysie agitante. A côté de la définition que le docteur Buzzard emprunte à Parkinson, se trouvent des descriptions de cas types; les attitudes si frappantes des doigts, de la tête, la marche, y sont décrites de main de maître ; l'auteur étudie encore un autre symptôme qui lui appartient en propre; la voix grêle, attribuée si généralement au vieil âge serait un symptôme de la paralysie agitante chez les sujets de tous âges. M. Luys avait bien aussi annoncé ce fait et l'attribuait de même à la paralysie agitante, mais le savant médecin de la Salpêtrière publiait ses observations à la fin de décembre tandis que M. Buzzard avait déjà parlé de ses travaux à ce sujet dans « Brain » dès janvier de la même année. La coïncidence est remarquable et n'en établit que mieux le fait en question. L'auteur cite encore des cas d'hémiplegie ou le tremblement s'établissant peut faire confondre l'affection avec la paralysie agitante.

Enfin viennent plusieurs leçons sur les paraplégies; la paraplégie spasmodique de la myélite, la paraplégie cervicale avec ses paralysies des quatre membres et des viscères, la paraplégie syphilitique que le traitement spéci-

fique jugule si rapidement, et qu'il est si important de reconnaître au début; en dernier lieu les gommes de la moëlle.

L'intérêt qu'inspire l'ouvrage se maintient jusqu'à la fin, et les trois derniers chapitres du livre ne sont pas moins attrayants que les premiers. Il est surtont question des phénomènes de transfert que présentent les épileptiques, toujours au point de vue clinique, et des applications des principes développés par l'auteur, au traitement de l'aphasie; la paralysie saturnine y trouve aussi sa place et des développements assez considérables sont donnés au diagnostic différentiel de cette affection et de l'atrophie musculaire progressive.

Nous n'avons voulu qu'annoncer le nouveau livre du médecin de l'hôpital de Londres; et nous sommes loin de lui avoir rendu justice dans cette revue si rapide de ses excellentes pages. L'œuvre dn D[r] Buzzard est celle d'un observateur profond, d'un clinicien consommé, qu'élèves et praticiens sauront apprécier.

D[r] OSCAR JENNINGS.

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

(Septembre 1882).

CHRONIQUE. — La folie considérée comme cause de divorce en Angleterre et en Saxe. — Lésions cérébrales localisées dans le lobule de l'insula. — Lavage de l'estomac dans le traitement des cas graves de sitiophobie. — Surveillance à exercer sur la correspondance des aliénés. — Nouveaux attentats commis par des aliénés sur la personne de médecins d'asiles.

TRAUMATISME AVEC PERFORATION DU CRANE, par M. le D[r] PETRUCCI. — Foyer purulent et vermineux du cerveau, hémiplégie droite progressive et consécutive à la destruction des circonvolutions cérébrales motrices correspondantes.

NOTE SUR UN CAS DE FOLIE SYMPATHIQUE, par M. le Dr PONS. — Observation assez rare d'une malade âgée de cinquante-trois ans, ayant présenté pendant six mois plusieurs accès d'agitation intense et chez laquelle en obtint la guérison après l'expulsion complète d'un tœnia, qu'elle possédait déjà depuis quelque temps.

DES LÉSIONS OPHTHALMOSCOPIQUES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. CH. DUTERQUE. — L'auteur ayant soumis un grand nombre de paralytiques généraux à l'examen ophthalmoscopique, en est arrivé à poser les conclusions suivantes :

Dans la première période de la paralysie générale on observe toujours l'inégalité pupillaire, la congestion papillaire et la dilatation variqueuse des veines et artères rétiniennes.

Dans la deuxième période les désordres sont plus avancés, c'est le règne de l'œdème papillaire et péripapillaire. Le disque de la papille est voilé toujours, masqué souvent, par des nuages exsudatifs dont l'épaisseur est directement proportionnelle à l'ancienneté de la maladie.

Dans la troisième période enfin le processus morbide est arrivé à terminaison. La papille est petite, plate, de couleur crayeuse, les vaisseaux qui lui donnaient sa teinte rosée ont disparu ; c'est l'atrophie de la papille.

Si à cette atrophie on ajoute l'atrophie choroïdienne, la présence d'hémorragies rétiniennes, la production de granulations petites ou volumineuses, très réfringentes sur la rétine et la choroïde, on aura parcouru le cycle si étendu des altérations de la paralysie générale.

UN CAS DE MORT PAR HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE DANS LE COURS D'UNE PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. le Dr CAMUSET. Homme de soixante ans, ancien alcoolique, traité à l'asile depuis plus de deux ans pour une paralysie générale. — Attaque d'apoplexie, hémiplégie et hémianesthésie complètes consécutives. — Mort vingt-sept jours après.

MAL PERFORANT DU PIED DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. le Dr CHRISTIAN.

(Novembre 1882.)

CHRONIQUE. — Délire et troubles cérébraux dans l'in-

toxication par l'iodoforme. — Congrès de la Rochelle. — La double conscience. — Pathogénie du goître. — Etiologie et lésions anatomiques des myxœdème. — Morphiomanie et morphinisme. — Migraine ophthalmique comme prodrome de la paralysie générale. — Mutilations inspirées par le délire érotico-religieux.

TRAITEMENT ET CURABILITÉ DE LA PÉRICÉRÉBRITE, par M. le Dr DANIEL BRUNET. — Le traitement, que préconise M. le Dr Brunet, consiste dans des émissions sanguines, l'administration quotidienne des bains prolongés avec eau froide sur la tête, l'emploi du tartre stibié au début à la dose de 0,15 à 0,50 centigrammes par jour, que l'on remplace, lorsque la diarrhée et les vomissements deviennent trop abondants, par le bromure de potassium, dont on peut donner sans danger jusqu'à douze grammes par jour.

DE L'APHASIE DANS SES RAPPORTS AVEC L'ALIÉNATION MENTALE, par M. le Dr ROUSSEAU. — Dans son travail l'auteur s'arrête aux conclusions suivantes :

« 1° En thèse générale, l'aliénation mentale et l'aphasie se rencontrent très rarement associées et l'explication de ce phénomène varie suivant que c'est l'une ou l'autre de ces deux affections qui s'est développée primitivement, car dans un cas tout se réduit à une simple question de coïncidence, tandis que dans l'autre il est nécessaire d'admettre l'existence d'un véritable antagonisme.

2° La lésion qui produit l'aphasie, laisse parfois l'intelligence intacte, mais le plus souvent elle l'affaiblit sans la pervertir, c'est-à-dire qu'elle occasionne la démence et non la folie.

3° Les aphasiques lucides peuvent être frappés dans leur raison, puisqu'ils sont sensibles à toutes les émotions du monde extérieur, mais comme leur nombre est excessivement restreint, les chances d'un pareil accident sont à peine appréciables.

4° Quant aux aliénés, ils contractent avec le temps une telle inertie cérébrale que les lésions destructives, quand elles ne sont pas trop étendues, restent la plupart du temps sans retentissement symptomatique du côté de l'inligence et du mouvement. C'est pour ce motif qu'ils semblent réfractaires à la véritable aphasie, qui se lie plus

spécialement à une perte de substance modérée, tandis qu'ils retombent sous la loi commune relativement aux autres troubles du langage, qui sont les conséquences fatales des grandes catastrophes cérébrales. »

PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. FOVILLE. — Accès de mélancolie de courte durée. — Guérison apparente. — Après six mois, accès violent d'excitation maniaque et de délire ambitieux, sans embarras marqué de la parole. — Amélioration rapide. — Attaques épileptiques répétées. — Démence paralytique.

DÉMENCE PARALYTIQUE PRIMITIVE AVEC SIMULTANÉITÉ DE DÉLIRE MÉLANCOLIQUE ET DE DÉLIRE AMBITIEUX, par M. le Dr TAGUET. — Lypemanie avec hallucination de la vue et de l'ouïe. — Idées d'empoisonnement. — Développement rapide des symptômes physiques de la paralysie générale sans attaque congestive ou épileptiforme. — Délire hypocondriaque et délire ambitieux simultanés.

FRANCE MÉDICALE

(Année 1882)

COLIQUES DE PLOMB. — ENCÉPHALOPATHIE SATURNINE. — MORT, par M. le Dr COMBY. (N° 27). — Observation d'un homme de trente-sept ans, atteint de coliques de plomb et mort dans le coma, après avoir présenté pendant huit jours du délire et des accès épileptiformes.

ASPHYXIE PAR LES VAPEURS DU CHARBON. — CÉCITÉ ET HÉMIPLÉGIE DROITE. — GUÉRISON. — par M. le Dr COMBY, (n° 32.)

CONTRACTURE PASSAGÈRE PROFESSIONNELLE DES FLÉCHISSEURS DES DOIGTS DE LA MAIN DROITE CHEZ UNE FLEURISTE, par M. OZENNE, interne des hôpitaux, (n° 58.)

VORACITÉ ENTRETENUE CHEZ UNE IDIOTE ÉPILEPTIQUE PAR LA PRÉSENCE D'UN TŒNIA. — VIOLENTE INDIGESTION SUIVIE D'HÉMORRAGIE MÉNINGÉE SANS PACHYMÉNINGITE. — MORT TRÈS RAPIDE AYANT ÉVEILLÉ UN SOUPÇON D'EMPOISONNEMENT, par M. LE GENDRE, interne des hôpitaux. (n° 60.)

UNION MÉDICALE

(Année 1882.)

INTOXICATION PAR LE VULNÉRAIRE ET L'EAU DE MÉLISSE. — HYPÉRESTHÉSIE GÉNÉRALISÉE ET PARÉSIE DES MEMBRES, par M. le Dr LANCEREAUX, (nos 145 et 146.)

ECLAMPSIE PUERPÉRALE. — EMPLOI DU CHLOROFORME ET DE L'HYDRATE DE CHLORAL A HAUTES DOSES. — GUÉRISON, par M. le Dr ROCHÉ, (n° 162.)

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE

SUR UN NOUVEAU TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DE LA DOULEUR ÉPIGASTRIQUE ET DES TROUBLES GASTRIQUES DE L'HYSTÉRIE, par M. le Dr APOSTOLI. (15 novembre 1882.)

Avec des applications de galvanisation polaire positive du pneumogastrique, à dose et à durée variable suivant les sujets, M. Apostoli est parvenu à se rendre maître des vomissements et des douleurs gastralgiques si rebelles de l'hystèrie. Il faut, dit l'auteur, continuer l'application du courant jusqu'à effet produit, tant que le sujet est sous l'influence, soit du spasme ou du vomissement, soit de la douleur, et ne l'interrompre que quelques minutes après que le calme complet est revenu.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX.

(Année 1882.)

DEUX CAS DE VOMISSEMENTS NERVEUX TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE, par M. le Dr BALLET, (n° 35.)

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DES PARALYSIES, QUI SURVIENNENT DANS LA PNEUMONIE, par M. le Dr RONDOT, (nos 42 et 43.) — Atrophie musculaire des jambes, aphasie transitoire sans paralysie, dans la convalescence d'une pneumonie aiguë.

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS

ARCHIV FUR PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE UND FUR KLINISCHE MEDICIN DE VIRCHOW.

(Septembre et octobre 1882.)

Dr OTTO in illenau. SARCOM AN DER ORBITAL-FLACHE DES GEHIRNS MIT SCHWUND DER GYRI RECTI (*Sarcome de la surface orbitaire du cerveau avec atrophie du gyrus droit.*)

Le malade atteint de cette tumeur était âgé de 37 ans et se livrait a des excès alcooliques. Le début de son affection remontait à l'année 1879, époque à laquelle il devint impatient, se crut persécuté par sa femme, et eut des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat. De persécuté il devint persécuteur et les scandales qu'il provoqua en diverses circonstances nécessitèrent sa séquestration. Dans l'asile où il fut interné, il présenta pendant plusieurs mois des alternatives d'excitation et de calme; il succomba des suites d'une fièvre typhoïde.

A l'autopsie on constata dans la fosse cérébrale antérieure l'existence d'une tumeur de forme elliptique de 0, 06 cent. de long, de 0, 05 cent. de large et d'une épaisseur de 0, 03 cent. Elle était à sa partie postérieure en rapport avec la substance corticale dans laquelle elle plongeait par deux racines qui ressemblaient quand on les tirait à deux masses de substance médullaire. Les gyri-recti repoussés par la tumeur étaient déjetés en dehors et tellement atrophiés qu'ils donnaient au toucher l'impression d'une feuille de papier mince.

Plusieurs questions intéressantes surgissent à propos de cette observation et en premier lieu, celle qui concernait le point d'origine de la tumeur. Les sarcomes naissent en général de la face interne de la dure-mère, rarement de la pie-mère et plus rarement encore de la substance cérébrale. Dans le cas présent, la tumeur paraissait s'être logée entre la substance corticale et la pie-mère et également adhérente à l'une et à l'autre; mais elle avait pris naissance sur la face interne de la pie-mère et ce n'est qu'à un degré plus avancé de développement qu'elle a contracté des adhérences avec la substance corticale.

Une tumeur localisée peut-elle provoquer une psychose avec des symptômes aussi diffus et aussi variés? En se fondant sur l'absence des symptômes propres à cet état, l'auteur élimine l'alcoolisme et suppose que c'est la même irritation qui a déterminé d'une part, les troubles de nutrition du cerveau et par conséquent les accidents psychiques, d'autre part l'inflammation de la pie-mère avec apparition de cellules néoplasiques.

En ce qui concerne la localisation des fonctions cérébrales, ce fait nous indique que le gyrus-rectus doit être compté parmi les régions corticales qui remplissent une (fonction latente).

W. Sommer. Beitrage zur Kenntniss der Irrenschadel (*Contribution à l'étude du crâne chez les aliénés*).

Le docteur Sommer, assistant à l'asile d'aliénés d'Allemberg près Wehlau a fait porter ses études sur 85 crânes ayant d'une façon avérée appartenus à des aliénés. Mais la forme spéciale de psychose dont ils étaient atteints n'était connue que pour 46 d'entre eux; 13 crânes d'idiots, 9 d'épileptiques et 24 autres d'aliénés proprement dits.

Il a rencontré des altérations nombreuses de forme et de volume congénitales ou acquises. Mais il n'existe pas pour lui de crâne spécifique d'aliéné, par conséquent pas de forme crânienne qui réponde d'un façon nécessaire à un trouble des fonctions psychiques. En effet, beaucoup de ces déviations du type normal ont été rencontrées sur des crânes dont les cerveaux fonctionnaient très bien.

Il y aurait par contre des limites extrêmes de grandeur et de petitesse hors desquelles l'activité psychique serait impossible parce que la substance nerveuse qui lui est nécessaire serait torp faible. Il y a des cas où les affections cérébrales telles que l'hydrocéphalie, provoquent des altérations de la boîte crânienne et réciproquement des altérations osseuses peuvent entraver le développement du cerveau. Les anomalies crâniennes sont donc primitives ou secondaires.

Le docteur Sommer étudie ces anomalies sous trois chefs : anomalies de volume, anomalies de symétrie et anomalies de sutures.

1° Anomalies de volume. Elles peuvent quant à leur

genèse être ramenées à deux groupes : ou bien elles se produisent pendant la vie fœtale, avant la fin du développement de notre corps ; ce sont alors les malformations embryonnaires ; ou bien elles ne se produisent que plus tard, après la consolidation complète du crâne ; ce sont alors les difformités traumatiquesou pathologiques comme celles qui sont consécutives à certaines altérations du système osseux (hyperostose, osséoporose).

D'après un tableau annexé au travail, il semble que les crânes d'aliénés ont en général un volume supérieur à celui de la moyenne. Ils dépassent celle-ci tantôt de 65 cent. cub., tantôt de 100 cent. cub. Cette augmentation de volume ne tient pas comme on serait tenté de le croire à un accroissement des trois diamètres ; mais le plus souvent les diamètres ne sont pas proportionnés les uns aux autres ; ainsi la longueur, la largeur peuvent être inférieures à la moyenne tandis que la hauteur le dépasse et réciproquement.

2° Anomalie de symétrie. Nous savons qu'il n'existe pas de crânes mathématiquement symétriques, même chez les hommes les mieux conformés. Dans les crânes dont il s'agit, M. Sommer a trouvé des déformations variées ; tantôt le côté droit est plus développé que le gauche, tantôt c'est la région frontale qui est déprimée et la région occipale proéminente par compensation.

M. le Professeur Lasègne dans un travail publié en 1877 dans les Archives de médecine, prête à cette (asymétrie fronto-faciale) une grande importance comme signe d'épilepsie.

Ces asymétries crâniennes ont été attribuées à un développement exagéré du crâne ou de la partie du cerveau correspondante. Les accoucheurs ont eu de la tendance à les rapporter à des causes extérieures à l'individu. Ainsi M. Gueniot en 1866, a invoqué le mode de décubitus (propulsion unilatérale). Meynert pense qu'au moment de l'accouchement la tête étant plus grosse que de coutume, supporte une pression plus forte et présente des déformations qui, au lieu d'être passagères, persistent et agissent sur le développement de l'encéphale.

3° Anomalies des sutures. L'auteur signale les synostoses prématurées et tardives, ainsi que l'influence qu'elles peuvent avoir sur l'état du cerveau. Mais il ne nous paraît

pas avoir apporté de données nouvelles à l'étude de cette question des sutures qui a déjà depuis longtemps été élucidée par les travaux de Gratiolet, Broca, Wirchow, Lueæ, Bernard Davis, Gudden, etc.

Pour expliquer la pathogénie de ces déformations crâniennes, M. Sommer invoque l'hérédité, mais il avoue que ce n'est qu'une hypothèse qui ne pourra être plausible que jusqu'au jour où le microscope donnera la clef de ces dégénérescences héréditaires. D[r] AD. RUEFF.

L'abondance des matières nous oblige à remettre au prochain numéro la *Revue des journaux anglais, américains, italiens, espagnols, portugais et grecs.*

NOUVELLES

ASILE SAINTE-ANNE. — Par arrêté du Ministre de l'Intérieur, M. le D[r] VALLON (Charles), chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine, est nommé médecin-adjoint à l'Asile Sainte-Anne, en remplacement de M. le D[r] Régis. M. le D[r] Vallon est compris dans la 2e classe du cadre.

Conformément aux dispositions de l'article 5 de l'arrêté ministériel du 8 octobre 1879, le D[r] Vallon remplira, sous sa responsabilité, dans la section de l'Asile Sainte-Anne affectée à la clinique, toutes les obligations imposées aux médecins en chef des asiles publics par la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839.

CONCOURS POUR L'INTERNAT DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — La composition écrite a porté sur la question suivante : *Quatrième Ventricule. Anatomie et physiologie.* — Les questions orales ont été les suivantes : Le premier jour, *Paralysie faciale,* — *Rétention d'urine, Cathéthérisme de l'urèthre ;* le second jour, *Gangrène pulmonaire,* — *Fractures des côtes.*

Le nombre des places à donner, qui avait été fixé à deux a été porté à quatre par suite de la démission de deux internes en fonctions.

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes ;

Internes titulaires : MM. Doyen, Duhamel, Dericq: Gaudry.

Internes provisoires : MM. Ladoucette, Manière, Dupain, Grenier.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Charles ANDRÉ, médecin-adjoint de l'Asile des aliénés deFains (Meuse). Notre confrère n'était âgé que de 26 ans.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Eloge de L. V. Marcé, lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 24 avril 1882, par *Antoine Ritti* secrétaire général de la Société. In-8 de 24 pages. 1 fr. (A la librairie O. Doin).— De l'ataxie héréditaire (maladie de Friedreich), par le docteur *Auguste Brousse*. In-8. 3 fr. (A la librairie O. Doin). — Traité clinique de la Folie à double forme, par le docteur *Ritti*, médecin de la Maison nationale de Charenton. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences (Prix Falret). 1 vol. in-8 carré de 400 p. 8 fr. (A la librairie O. Doin). — Des Psychonévroses dyscrasiques, par le docteur *F. Semal*, médecin de l'Asile d'aliénés de l'Etat. (Bruxelles, 1882). — Hygiène du cabinet de travail, par le docteur *Riant*, 1883, in-18, 192 pages (Librairie J.-B. Baillière et fils). — Recherches sur les troubles fonctionnels des nerfs vaso-moteurs dans l'évolution du tabes sensitif, par le docteur *Carlos E. Putnam*, 1882 (Librairie J.-B. Baillière et fils).

Saint-Quentin, — Impr. J. MOUREAU et fils.

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

DE L'ÉROTOMANIE OU FOLIE ÉROTIQUE

par M. le Dr BALL

Professeur à la Faculté de Médecine.

Leçon professée à la Clinique des maladies mentales à l'Asile Sainte-Anne

MESSIEURS,

Si j'entreprends aujourd'hui de vous parler de la folie érotique, ce n'est point assurément pour complaire à une vaine curiosité. Mon but est tout différent. Je veux d'abord vous montrer par un exemple frappant combien les délires les plus nettement limités plongent profondément leurs racines jusqu'au fond même de notre individu. Je veux ensuite vous faire sentir combien il est difficile de fixer nettement la ligne de démarcation entre la raison et la folie.

Parmi les instincts réguliers et normaux, dont la nature nous a pourvus, il n'en est certainement aucun qui exerce une aussi puissante influence sur nos sentiments et notre caractère, que l'instinct génital; et par cela même il n'en est aucun qui se prête à des perversions plus étranges, même

chez les sujets qui paraissent sous tous les autres rapports avoir conservé l'équilibre de leurs facultés.

Tous les jours les tribunaux ont à s'occuper d'affaires scandaleuses, dans lesquelles la part du crime et celle de la folie semblent presque impossibles à déterminer. Et c'est ici que les habitudes d'esprit de chacun jouent un rôle de premier ordre dans la décision qui intervient. La sévérité est la règle chez les uns; l'indulgence prédomine chez les autres.

Il est donc absolument indispensable de s'appuyer sur des connaissances solides et pratiques pour arriver à une saine appréciation des faits de ce genre.

Mais il existe à cet égard une division profonde et fondamentale. Parmi les sujets atteints de folie érotique il en est dont le délire est absolument chaste et pour ainsi dire idéalisé; il en est d'autres dont l'état psychologique comporte une dépravation plus ou moins profonde. C'est à la première de ces deux formes de délire érotique que je veux consacrer la leçon d'aujourd'hui; et pour rester fidèle aux habitudes cliniques de notre enseignement, c'est par l'histoire d'un malade que je veux commencer cette leçon.

Il s'agit d'un jeune homme de trente-quatre ans; et si je dis un jeune homme, c'est parce qu'il a l'air plus jeune que ne le comporterait son âge. De petite taille et vigoureusement constitué, il a conservé sur sa physionomie les attributs de la jeunesse et on ne lui donnerait certainement pas l'âge indiqué par son extrait de naissance. Fils d'un professeur de dessin, il a reçu une éducation assez complète; il est bachelier, et jusqu'à l'époque de son entrée à Sainte-Anne, il exerçait les fonctions de professeur de latin dans une institution de jeunes gens. Comme vous le voyez, il tenait un rang fort honorable dans la société; et cependant il est profondément aliéné depuis de longues années.

Il n'est pas inutile de rappeler en quelques mots sa biographie.

Il a eu des convulsions dans l'enfance. Son intelligence, assez précoce d'ailleurs, a suivi une courbe assez irrégulière : elle était tantôt ouverte, tantôt fermée; le caractère est faible, sans ressort, aisément influencé.

Dès l'âge de six ans nous voyons poindre des prédispositions à son état actuel ; il avait, dit-il, quelques idées lubriques, mais au milieu d'une ignorance absolument complète, il n'a pas tardé à contracter des habitudes de masturbation accouplées à des conceptions fort singulières, dont nous parlerons tout à l'heure.

A vingt ans il est soumis à la conscription et incorporé dans l'infanterie de marine; on l'envoie à Brest, il y prend assez rapidement des habitudes d'ivrognerie; mais sous les autres rapports il se conduit en bon militaire, sauf quelques petites infractions au règlement. Devenu caporal, il a été cassé de son grade par suite de libations exagérées.

Mais, en 1870, il a rempli très honorablement son devoir de soldat; présent avec l'infanterie de marine aux batailles de Mouzon, de Bazeilles et de Sedan où ce corps sur dix mille hommes en a laissé quatre mille sur le terrain, il s'est très vaillamment comporté. Fait prisonnier avec toute l'armée à Sedan, il s'est évadé, au moment d'entrer en Prusse, au risque de sa vie, par un prodige de courage et d'adresse; rentré dans ses foyers, il s'y est reposé quinze jours, puis il est reparti pour l'armée, afin, disait-il, de venger ses frères.

Après la fin de la lutte il est envoyé à la Guadeloupe, il y reste dix-huit mois, il y contracte les fièvres paludéennes et rentre fort malade en Europe.

Une fois rétabli et libéré du service, il entre comme professeur de latin dans une institution privée.

Vous le voyez, Messieurs, sauf la tache de l'ivrognerie, l'existence de ce jeune homme a été non seulement honorable, mais héroïque. Et, cependant, pendant tout cet espace de temps, pendant qu'il servait si vaillamment sous les drapeaux, il était absolument fou.

Il s'agit d'une vraie monomanie; car si jamais on peut prononcer ce mot, c'est bien certainement dans le cas présent.

D'abord notre homme affirme qu'il est resté vierge de tout contact féminin; assertion étrange pour un ancien soldat d'infanterie de marine qui se grisait volontiers avec ses camarades. Et cependant nous croyons absolument qu'il dit la vérité, car son récit est parfaitement en rapport avec ses idées.

Cet homme *vierge* a été assujetti pendant toute sa vie à des préoccupations obscènes. Constamment préoccupé de l'idée de la femme, il ne voyait absolument dans son idéal que les yeux. C'est là qu'il trouvait l'expression de toutes les qualités, qui doivent caractériser la femme, mais enfin ce n'était point assez; et comme il fallait absolument en venir à des idées d'un ordre plus matériel, il avait cherché à s'éloigner le moins possible des yeux qui constituaient son centre d'attraction : et dans son inexpérience absolue, il avait placé les organes sexuels dans les fosses nasales. Sous l'empire de ses préoccupations il avait tracé des dessins étranges, car, fils d'un professeur de dessin, il avait appris de bonne heure à manier le crayon. Les profils qu'il esquissait, et dont il nous a montré quelques exemplaires, reproduisaient assez exactement le type grec, sauf en un seul point qui les rendait irrésistiblement comiques. Mais comme il

n'avait mis personne dans la confidence, il a pu mener une vie régulière et tranquille jusque vers la fin de l'année 1880. Il était, nous l'avons déjà dit, professeur dans une institution privée; et on l'avait chargé de conduire les élèves en omnibus à la pension. Dans une de ses promenades il rencontre son idéal en la personne d'une jeune fille habitant le quartier; il aperçoit une forêt de cheveux au-dessous desquels se dessinent des yeux immenses.

A partir de ce moment son destin est fixé; il est décidé dans son esprit qu'il épousera la belle inconnue; il s'assure de son domicile et sans plus d'ambages il monte chez elle et se fait annoncer. Il est reçu par la mère à laquelle il demande catégoriquement la main de sa fille. On le jette à la porte, ce qui ne modifie nullement ses sentiments; il se représente une seconde et une troisième fois; il finit par être arrêté et conduit à la préfecture.

Arrivé à la clinique, il se présente à nous dans un état de délire complet; il parle avec onction de ses amours; il insiste sur la pureté de ses sentiments et veut être examiné publiquement à la clinique, devant tous les élèves, en état de nudité complète, pour prouver qu'il a conservé sa virginité.

Sous tous les autres rapports son intelligence paraît régulière. Il parle avec bon sens et modestie de sa vie passée, sans tirer vanité de ses belles parties; il reconnaît ses défauts et convient qu'il a eu tort de s'abandonner à ses penchants alcooliques.

Il ne se fait aucune illusion sur sa position sociale et il nous déclare avec la plus parfaite bonhomie qu'il gagne cinquante francs par mois dans l'institution à laquelle il est attaché. Il n'en persiste pas moins dans ses projets, et paraît incapable de saisir la contradiction entre les intentions qu'il annonce

et les moyens dont il dispose pour les réaliser.

Les sentiments moraux n'ont subi aucune atteinte. Il parle avec le plus grand respect de son père, et avec une vive affection de ses autres parents; il ne présente aucune trace de la malveillance habituelle aux aliénés; il n'accuse personne, il ne se connaît point d'ennemis; il ne manifeste aucune animosité contre sa bien-aimée; il est convaincu que s'il est enfermé à Sainte-Anne, c'est pour y passer un temps d'épreuve, et se rendre plus digne d'elle. C'est ainsi que dans les romans de chevalerie nous voyons un héros subir les plus dures humiliations pour conquérir sa dame.

Non seulement il est calme et bienveillant, mais encore il est parfaitement serviable, et c'est avec une entière bonne volonté qu'il se prête à l'instruction des jeunes enfants que nous avons à la clinique et qui sous sa direction ont accompli quelques progrès.

La santé physique est assez bonne, il mange et dort bien et ne souffre nulle part.

Messieurs, nous pouvons, je crois, considérer le cas qui vient d'être rapporté, comme un exemple classique d'érotomanie; par ce mot (créé par Esquirol) on entend une affection mentale d'origine essentiellement cérébrale et dans laquelle les idées amoureuses exercent une influence prépondérante et se portent tantôt sur un être imaginaire, tantôt sur un objet réel, tantôt sur plusieurs individus à la fois.

La folie chaste, véritable type de l'érotomanie, ne paraît inspirer que des sentiments purs, des pensées élevées, un culte exalté pour celui qui en est l'objet; elle frappe en général les sujets déjà faibles d'esprit soit par vice héréditaire, soit par un état congénital. Notre malade, qui paraît sorti d'une lignée saine du côté paternel, est né d'une mère impressionnable et

nerveuse, qui a donné des signes manifestes d'un état névropathique; dans sa première enfance il a eu des convulsions, et c'est là un fait souvent noté chez les sujets prédisposés à ce genre de vésanie. Ils sont en général d'une intelligence incomplète, irrégulière, faible par certains côtés; ils se font remarquer de bonne heure par un état singulier, par des allures étranges en société, surtout quand ils se trouvent en présence des personnes du sexe opposé. Ils ont souvent, au point de vue génital, des conceptions absolument délirantes, qui trouvent leur soulagement dans les abus solitaires. En général, ils restent vierges de tout rapport sexuel et l'on peut dire que le mot érotomanie est synonyme de masturbation.

Au milieu de cette agitation confuse qui marque souvent la première période de l'adolescence, il se produit un travail de l'esprit, qui aboutit à la fabrication d'un roman amoureux où l'imagination, les souvenirs, les lectures viennent apporter leur part. Souvent comme prétexte à cette fiction une personne du sexe opposé paraît un instant sur la scène. Elle devient le pivot, le point central du drame tout entier.

Toujours ou presque toujours elle est plus âgée que le sujet, qui souvent ne l'a entrevue qu'un instant dans des circonstances absolument insignifiantes.

Au milieu de ces rêves il se développe un état nerveux accompagné d'insomnies ou d'un sommeil pénible et tourmenté. Sans cesse inquiet, agité, poursuivi par ses idées, le malade devient incapable de tout travail sérieux et souvent il verse dans l'hypocondrie.

C'est sur ce terrain depuis longtemps préparé que le délire éclate enfin. Un jour le malade rencontre son idéal et dès lors la cristallisation s'accomplit; fait curieux, toujours il s'adresse à une personne d'un

rang plus élevé que le sien. Les reines ont eu des milliers d'amoureux, tantôt discrets, tantôt entreprenants jusqu'au délire. Dans un autre ordre d'idées la Vierge, reine des cieux, a été l'objet d'un culte souvent plus passionné que respectueux; enfin les personnes qui peuvent se trouver en rapport avec le malade et qui occupent une position supérieure à la sienne, sont exposées à devenir l'objet de sa passion.

A ce moment nous passons le Rubicon, nous traversons la frontière qui sépare la raison de la folie et nous entrons directement dans l'aliénation mentale. L'objet aimé devient victime d'une persécution toute spéciale; ses regards, ses gestes, ses paroles sont des preuves de l'amour qu'il porte au malade et les moindres indices sont avidement saisis. On ramasse un fragment de journal dans la rue, on le parcourt et on y découvre des preuves manifestes. Dans une colonne d'annonces, on trouve l'indication suivante : *Marianne à Joseph;* il est évident, que sous un pseudonyme la personne aimée a voulu entrer en communication avec son adorateur.

Une jeune fille, en traversant la rue, rencontre un homme, qui la regarde et passe son chemin. Il n'en faut pas davantage pour la convaincre qu'il est éperdument amoureux d'elle. Sans connaître son nom, sans savoir quelle est son origine, elle en fait désormais le pivot de son existence et toutes ses pensées se rapportent à lui. Tel sera le point de départ de son délire.

Bientôt un nouveau phénomène vient aggraver et confirmer la folie. Les hallucinations se mettent de la partie; les plus communes sont celles de l'ouïe, le malade entend la voix de l'objet aimé, qui tantôt lui adresse des paroles entrecoupées, et tantôt lui tient de longs discours. L'une des malades que j'ai observées,

s'imaginait qu'on avait placé dans sa chambre à coucher des téléphones à l'aide desquels on entretenait avec elle de longues conversations, qui toujours se rapportaient à l'objet de ses désirs.

Il va sans dire que souvent ces hallucinations portent le malade à des actes absolument répréhensibles et peuvent le rendre très dangereux.

Les hallucinations de la vue sont beaucoup moins fréquentes; celles du sens génital sont beaucoup plus communes, surtout chez la femme, qui, comme on le sait, est particulièrement sujette à ce genre d'aberrations sensorielles.

Les conceptions délirantes, que nous venons d'énumérer, se joignent souvent à des idées ambitieuses surtout quand le rang de la personne aimée le comporte. La liaison rêvée par le malade deviendra l'origine de sa fortune, le point de départ d'un succès inespéré, la base de sa position sociale.

Ici le délire commence à se transformer, et l'on voit poindre presque toujours des idées vagues de persécution. Il semble alors que ce délire particulier ait pris la marche inverse de celle qu'il suit habituellement; parti de l'ambition il aboutit à la lypémanie des persécutés.

Mais avant cette période le malade s'est déjà compromis; il adresse à l'objet de sa passion des lettres brûlantes, il épanche son délire dans des écrits insensés et passe très souvent de la parole à l'action. Notre homme, avec la décision d'un vieux soldat, est allé droit au but, il s'est présenté hardiment chez les parents de la jeune fille pour demander sa main; mais en général il n'en est point ainsi. Pendant longtemps le sujet poursuit de ses obsessions discrètes ou impertinentes la personne qui occupe sa pensée, il se trouve perpétuellement sur son chemin, il la suit à la pro-

menade, il monte la garde sous ses fenêtres. Une dame occupant un rang très élevé a été pendant longtemps tourmenté par les poursuites d'un magistrat qui sans rien dire la suivait partout; il l'accompagnait à distance respectueuse pendant ses sorties et lorsqu'elle rentrait chez elle, il se trouvait auprès de la porte. Plus d'une fois elle est brusquement partie pour une destination éloignée afin de se débarrasser de cette obsession incessante, mais on l'avait suivie et à peine avait elle débarqué qu'elle se trouvait en présence de son persécuteur.

Les attentions de l'érotomane ne sont pas toujours aussi discrètes, elles prennent souvent une forme beaucoup plus agressive. Tantôt il jette des pierres dans les fenêtres pour annoncer sa présence, tantôt il adresse directement la parole à la personne qu'il poursuit, tantôt enfin il se porte à des agressions directes; enfin devenu complètement insupportable et ridicule il se fait arrêter, et nous le voyons alors parvenir dans nos asiles.

Mais après la séquestration le délire continue; le sujet poursuit toujours le cours de ses idées; il n'abandonne point sa passion, et c'est surtout alors qu'on voit se développer les complications dont je viens de signaler l'existence.

Très souvent la folie érotique s'associe au délire religieux; les grands mystiques d'autrefois nous en ont offert des exemples et nous rencontrons souvent dans nos asiles des cas absolument analogues. Il en est surtout ainsi chez les femmes, qui sont beaucoup plus sujettes à ce genre de folie que les hommes; seulement la forme du délire est habituellement chez elles plus discrète et plus concentrée.

Le pronostic de l'érotomanie est extrêmement grave. Cette maladie ne guérit presque jamais, bien qu'elle

puisse offrir des rémissions; mais comme la folie religieuse à laquelle tant d'analogies la rattachent, la folie érotique après une longue série d'oscillations aboutit presque invariablement à la démence. Tel sera, je le crains, le sort de notre malade; il a déjà parcouru quelques étapes sur ce chemin. Brusquement surpris par la nouvelle de la mort de son père qu'il affectionnait très vivement, il est tombé dans un état d'agitation, qui nous a forcés à le mettre en cellule; bientôt après il est tombé dans un état de demi-stupeur. Il en est sorti cependant à son avantage et s'est montré pendant un court espace de temps parfaitement lucide; il semblait avoir abandonné pour toujours ses projets insensés et ne demandait qu'à sortir de Sainte-Anne pour reprendre ses occupations professionnelles. Mais cet éclair de raison n'a pas été de longue durée, et nous le voyons aujourd'hui dans un état plus fâcheux que jamais. Nous sommes donc forcés, à notre grand regret, de formuler ici un pronostic des plus graves et nous avons tout lieu de craindre que cette longue évolution aboutira comme dernier terme à la démence, dont quelques symptômes semblent déjà se montrer.

Messieurs, je vous ai parlé jusqu'ici de la forme absolument chaste de la folie érotique; pour compléter le tableau j'aurais à vous parler des aberrations et des perversions de l'instinct génital dans leurs rapports avec l'aliénation mentale, mais je réserve ce sujet pour une autre leçon.

RECHERCHES

SUR LA

STRUCTURE DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE

D'APRÈS LA MÉTHODE PHOTO-MICROGRAPHIQUE

par J. LUYS

avec une planche photoglyptique.

L'étude de la structure de l'écorce cérébrale est assurément un des problèmes les plus ardus destinés à tenir en haleine l'ardeur des anatomistes de notre époque. Plus on avance en effet dans les profondeurs de ces régions ténébreuses, plus on constate de difficultés sans cesse renaissantes ; et, ici comme ailleurs, plus la substance même du sujet à étudier est inextricable et ardue, plus les opinions des auteurs qui s'en sont occupés sont diverses et souvent contradictoires ; si bien qu'en présence de la variété des opinions, on arrive à se demander s'il n'est pas plus difficile d'arriver à démêler l'immense complexus des travaux des hommes que l'œuvre de la nature elle-même.

Dans l'ordre des choses actuellement en vigueur, comme moyen d'étude, chaque observateur isolé, muni de son microscope (ne voyant par celà même la nature qu'à travers un tube monoculaire), n'embrasse dans son champ visuel qu'une portion du plan général qu'il observe. Absorbé par son instrument, il ne voit qu'un point, et par conséquent perd de vue l'ensemble du sujet. C'est là l'objection capitale faite à l'emploi du microscope dans l'étude des infiniment petits; et, c'est ce qui fait la diversité des manières de voir de chacun de nous, et par suite la

diversité des appréciations et des jugements portés sur un même objet. — C'est là le défaut capital de la méthode analytique faite par un seul observateur; elle est essentiellement subjective et se trouve être fatalement le reflet des impressions plus ou moins nettes et quelquefois plus ou moins passionnées des esprits prévenus qui ne veulent voir dans une préparation que ce qu'ils sont idéalement prédisposés à y trouver.

C'est en présence de cette difficulté d'observation que je me suis évertué à faire l'application de la méthode photographique aux détails de la structure de l'écorce, afin d'obtenir des images réelles, *objectives*, qui me permissent de rapporter de ces mystérieuses régions de véritables vues panoramiques exemptes de toute impression personnelle. Je me suis trouvé avoir ainsi des témoins indiscutables qui enregistrent les détails dans tout ce qu'ils ont de plus délicat et retracent d'un façon authentique les minuscules linéaments insaisissables pour l'œil quand ils sont vus au microscope; car c'est encore là un des privilèges les plus remarquables de cette méthode photographique, c'est que la plaque sensibilisée révèle des détails d'une structure excessivement fine, qui sont saisis par elle, et qui ne sont plus, lorsqu'on les examine au microscope, dans des conditions de visibilité pour l'œil.

Cette méthode de reproduction graphique, qu'à l'aide de différents procédés j'ai perfectionnée dans ces derniers temps, m'a permis d'arriver à un très grand degré de précision pour la reproduction des objets micrographiques ainsi qu'on peut le voir par la planche ci-contre, et de faire la lumière sur

un grand nombre de points litigieux dont la solution était encore indécise (1).

Nous allons succinctement passer en revue les différents points qui sont particulièrement mis en saillie par cette étude de photographie appliquée.

Ce travail comprendra l'étude des circonvolutions cérébrales, qui, dans une série de chapitres successifs, seront passées en revue et examinées dans leurs parties les plus importantes. — Dans ce premier chapitre nous allons aborder seulement l'étude de la substance grise en général; celle de la substance blanche sera ultérieurement entreprise.

Substance grise corticale

La substance grise de l'écorce est constituée essentiellement : 1° par des cellules nerveuses de dimension variable, 2° par des tubes nerveux, 3° par du tissu conjonctif interstitiel qu'on appelle la névroglie, 4° par des capillaires.

1° *Cellules nerveuses.* — Les cellules nerveuses constituent l'élément spécifique, essentiellement original de l'écorce. Chose étrange au point de vue de la destinée des découvertes scientifiques, ces éléments remarquables signalés pour la première fois par Malpighi et parfaitement décrits par lui, ont peu à peu disparu de la mémoire des auteurs et pendant plus d'un siècle sont restés plongés dans l'oubli, jusqu'au moment où les recherches de la microgra-

(1) La planche photographique que nous reproduisons dans ce journal est le grandissement à 286 diamètres d'un cliché qui a été déjà représenté à 130 diamètres seulement dans les *Archives de physiologie*, 1875. — Il donne les détails amplifiés des mêmes régions.

phie moderne les ont de nouveau mis en lumière et tirés de l'oubli (1).

Leur forme est en général pyramidale. Le sommet de chacune d'elles est régulièrement tourné vers la périphérie de l'écorce ou les régions sous-méningées comme on peut le voir sur la planche ci-jointe. Leur base regarde les couches profondes de l'écorce et est en rapport avec le point d'arrivée des fibres blanches. Celles-ci pénètrent en s'effilant dans la substance grise sous forme de fibrilles en éventail à direction courbe. Elles s'amincissent peu à peu et on les voit insensiblement, soit se faufiler entre les différentes zônes de cellules, soit se mettre en rapport avec la base de chacune d'elles (2).

Leur coloration est jaunâtre. Sur des cerveaux frais elles se présentent sous formes de gouttelettes huileuses, homogènes, réfractant fortement la lumière. Les granulations pigmentaires dont elles sont pourvues souvent me paraissent déjà constituer un état anormal car on n'en rencontre pas sur des cerveaux de sujets jeunes et ayant succombé à une mort instantanée en pleine santé.

Leur volume est variable. Les plus volumineuses occupent les régions profondes de l'écorce. Elles sont massives, leurs caractères histologiques sont très accusés ; les angles sont très nets et la forme pyramidale dessinée avec précision. Elles mesurent 15 à 25 μ. Inversement les plus petites occupent les régions sous-méningées. Elles sont moins nettement pyramidales. Elles se rapprochent plutôt de la forme triangulaire ainsi qu'on le verra sur une planche qui

(1) Voy. Luys. — *Le cerveau et ses fonctions*, p. 14. Paris, 1876, Germer Baillière.

(2) La fig. 5, p. 9, de mon *Traité de pathologie mentale* donne une idée très exacte de l'immersion des fibres blanches dans la substance grise et de la situation des cellules géantes. — Paris, 1881.

sera ultérieurement publiée, et quelquefois même elles se présentent sous forme ovoïde, par suite du retrait de leurs ramescences. Elles mesurent 10 à 16 μ.

Les cellules géantes peuvent atteindre jusqu'à 50 μ.

Les régions moyennes de l'écorce sont occupées par des zônes de cellules formant la transition entre celles qui sont les plus volumineuses et celles qui le sont le moins ; la continuité du réticulum est parfaite en tous points. Et c'est là une des particularités les plus instructives, les plus intéressantes de l'agencement du réticulum de l'écorce, c'est la solidarité de toutes les mailles qui le constituent. Sur des coupes minces durcies, en effet, et rendues transparentes, si l'on vient à exercer une traction sur un point, on voit qu'à distance l'effet de traction se propage dans une direction opposée par continuité de tissu.

La structure des cellules de l'écorce est identique à celle de la moelle. Nous avons indiqué en effet, dans un numéro précédent de ce journal, que la cellule nerveuse était essentiellement composée d'un stroma aréolaire, que ce stroma se condensait dans la région centrale en formant un épaississement nucléaire, et, qu'à proprement parler, la cellule cérébrale n'avait pas d'enveloppe ni vraisemblablement de nucléole proprement dit (1).

Les cellules cérébrales présentent toutes des prolongements multiples. Les uns, les plus volumineux, naissent en apparence soit du sommet, soit de la base de la pyramide, mais en réalité ils paraissent

(1) Voir l'*Encéphale*, 1881. Pl. XI, p. 412. Luys. *Structure de la cellule nerveuse*.

émaner directement des régions profondes du stroma de la cellule et du noyau proprement dit. Les prolongements volumineux qui sont de véritables ramescences et des émanations directes de la substance même de la cellule sont destinés à parcourir un trajet plus ou moins étendu et à relier ainsi la cellule à d'autres cellules du voisinage.

Les autres prolongements au contraire se présentent sous l'apparence d'un chevelu radicellaire analogue à celui qu'on voit émerger de la surface d'une tige souterraine d'un végétal. Ils naissent de toute la surface de la cellule, et, à faible distance, se dispersent de tous les côtés, s'anastomosent de mille manières avec le chevelu des cellules ambiantes pour constituer un réticulum interstitiel, et s'amalgamer, ainsi qu'on peut le voir sur la planche, avec le réticulum de la névroglie. Si bien qu'il résulte de cette double combinaison un tissu interstitiel mixte interposé entre toutes les cellules, leur servant à la fois de support et de moyen de communication, et constituant ainsi un réseau inextricable dans lequel il est bien difficile de distinguer ce qui appartient à l'élément radiculaire d'origine nerveux d'avec ce qui appartient à l'élément radiculaire d'origine névroglique.

Du reste cette combinaison de l'élément histologique spécifique avec un dérivé du tissu conjonctif ne doit avoir rien qui nous surprenne absolument, car on trouve dans l'économie des combinaisons de même nature, entre autres celle de la fibre musculaire avec la fibre tendineuse qui se fusionnent d'une façon intime. Ne sait-on pas du reste que dans l'évolution des tissus, aux périodes embryonnaires, les fibrilles musculaires et les fibrilles tendineuses sont directement en continuité.

a Les prolongements ramescents des cellules nerveuses présentent des caractères d'un tout autre ordre. On peut les distinguer d'une façon générale en prolongements du sommet et prolongements de la base de la pyramide. Les prolongements des sommets ne sont autres que la substance nerveuse de la cellule elle-même prolongée et effilée. Ces prolongements présentent ceci de particulier, que l'on peut constater sur la planche ci-jointe, c'est qu'ils ne sont pas homogènes. Ils sont constitués comme un câble par des fébrilles entortillées et contournées. Ces fibrilles enserrent un filament central de coloration jaune ambrée et disparaissent peu à peu en s'effilant. Si bien qu'au bout d'un certain temps en voit ce filament central, vraisemblablement recouvert seulement d'une enveloppe très fine, parcourir un trajet rectiligne vers la périphérie et disparaître. On ne sait encore si ces filaments, qui se sont ainsi faufilés à travers des réseaux de cellules, vont se mettre en rapport avec des cellules supérieurement situées, ou bien s'ils vont se perdre dans le réticulum interstitiel des régions correspondantes. Ces filaments, comme on en peut voir quelques-uns sur la planche, se présentent à 285 diamètres avec le volume d'un cheveu. L'esprit reste confondu en présence de la ténuité de ces éléments ultimes du système nerveux, eu égard aux causes de destructions multiples qui les entourent de tous côtés, si on les compare par exemple au volume des capillaires ambiants dont le diamètre est environ de 20 à 30 fois plus volumineux, et qui, à un moment donné, lorsqu'ils sont turgides et qu'ils viennent à crever, peuvent laisser échapper au milieu de ces réseaux si délicats une véritable inondation sanguine qui dilacère tout sur son passage.

b Les prolongements latéraux qui existent vers la base de chaque cellule sont plus ou moins nombreux. En général on en compte de deux à six. A leur émergence ils se présentent sous forme de rameaux vigoureusement constitués (voir la planche). Puis peu à peu ils se dichotomisent en rameaux secondaires, et ceux-ci, après un très court trajet, passent à l'état de ramuscules radiculaires. Ces filaments se perdent donc à faible délai dans le réticulum ambiant, ou bien se continuent directement avec des filaments amincis des fibres blanches corticales, qui, sous des incidences diverses, ont pénétré dans les réseaux de substance grise, et constituent ainsi les points d'émergence d'un certain nombre de fibres blanches, avec lesquelles les cellules cérébrales sont directement associées.

Il est un fait bien curieux à signaler à propos de la structure de chacun des prolongements des cellules de l'écorce. C'est la nature spéciale de la substance nerveuse dont ils sont constitués dans leur portion centrale.

Deiters a reconnu dans l'un deux l'existence d'une substance vitreuse spéciale et il a décrit pour chaque cellule un prolongement spécial qu'il considère comme étant essentiellement nerveux. Je crois, quant à moi, qu'il y a là un phénomène plus général, et que cette matière vitreuse de Deiters appartient aussi à d'autres prolongements, aux grands prolongements de la cellule. Quand on examine en effet au microscope la surface bombée de la cellule nerveuse, on constate l'existence sur les points où les prolongements ramescents ont été sectionnés, une surface de section de coloration vitreuse ; si bien qu'on est amené à penser que toutes les ramescences contiennent un filament plus ou moins épais de substance vitreuse homogène signalé par Deiters.

Il est important de signaler à ce sujet que la surface de section des prolongements à coloration vitreuse réfractant fortement la lumière a donné lieu à certaines erreurs d'interprétation qui ont fait croire à l'existence d'un nucléole multiple existant dans chaque cellule. Un examen direct de certaines planches photographiques m'a permis de constater en effet que la plupart du temps les points brillants que l'on observe au milieu des noyaux ne sont pas de véritables nucléoles mais bien des surfaces de section de prolongements rompus dont la matière vitreuse brillante se trouve ainsi mise à nu.

L'évaluation du nombre des cellules nerveuses qui peuvent entrer dans la structure de l'écorce arrive véritablement à un chiffre énorme qui peut bien être évalué à plusieurs centaines de mille. Pour s'en faire une idée, on peut s'appuyer sur les données suivantes : La planche photographique ci-jointe représente en effet, puisqu'elle est grossie 286 fois, un fragment de substance cérébrale 286 fois plus petit. Comme elle a une surface de 160 centimètres carrés, la tranche de substance grise dont elle est l'image n'a donc en réalité que les deux tiers d'un centimètre carré. — Or nous trouvons par le dénombrement des cellules, soit entières soit fragmentées y incluses, un total d'environ quatre-vingts cellules et notons encore que cette tranche mince n'avait que un dixième de millimètre d'épaisseur. — Que l'on suppute maintenant par l'imaginat ion combien de fois une tranche miuce de substance corticale ayant un dixième de millimètre d'épaisseur et en surface deux tiers de centimètre, pourvue de quatre-vingts cellules environ, est comprise de fois dans l'épaisseur des plis et replis de l'écorce, on arrivera ainsi à une évaluation de plusieurs centaines de mille.



J. Luys ad natur. Phot. J. B. Baillière & Fils Imp. Lemercier et Cie Paris

Reseaux de cellules des couches profondes de l'écorce à 286 diamèt.res

Nous arrivons maintenant à une question qui est d'un très grand intérêt au point de vue de la structure de l'écorce cérébrale ; c'est celle du dénombrement des zones de cellules qui la constituent.

Sur ce point les auteurs qui ont essayé de donner leur manière de voir se sont prononcés avec une assurance étrange, et ils affirment hardiment que l'on rencontre, les uns cinq, les autres six rangées de cellules, dont ils décrivent scrupuleusement les caractères, et l'on est surpris de la précision avec laquelle ils racontent ce qu'ils ont vu et qu'ils rapportent comme l'expression exacte de leur observation de ce monde spécial du monde micrographique. Combien ces assertions sont loin de la nature !

Voyez, en effet, la planche ci-jointe qui ne représente qu'une portion réduite d'un fragment de l'écorce, et voyez quelle protusion de détails ! — Comment vouloir, en effet, supputer le nombre des zones transversales de cellules, et espérer pouvoir ainsi les isoler les unes des autres ? — C'est vraiment faire bon marché de la réalité et vouloir fouler aux pieds les faits les plus authentiques !

Oui, certes, il y a des zones de cellules stratifiées les unes au-dessus des autres, comme on peut le voir sur certaines régions de cette préparation ; oui, certes, les agglomérations de cellules sont harmonieusement disposées entre elles suivant des séries transversales, mais le fait brutal et vrai que la représentation photographique nous montre, c'est que le nombre de stratifications est bien plus grand encore que celui qu'on nous donne, et si l'on pouvait l'évaluer en tenant compte de toute l'épaisseur de l'écorce, ce n'est pas cinq ou six zones qu'il faudrait admettre mais bien peut-être cinquante ou soixante.

Les mêmes auteurs se sont encore évertués à trouver des différences dans la forme des cellules isolées de chaque zone. C'est encore là une inexactitude flagrante, car pour peu qu'on examine des épreuves photographiques successives qui comprennent toute l'épaisseur de l'écorce, on arrive à reconnaître que toutes les cellules corticales ont une formule morphologique identique, et si elles diffèrent entre elles ce n'est d'une part que par leur volume qui va insensiblement s'atténuant depuis les régions profondes jusqu'aux régions superficielles, et, d'autre part, par les ramescences qui sont de moins en moins vigoureuses et la tendance insensible à passer de l'état pyramidal à l'état triangulaire et ovalaire (1).

2° La névroglie est constituée dans l'écorce par un réticulum excessivement fin entremêlé de noyaux discoïdes; de petit volume par rapport aux cellules nerveuses ambiantes dont on peut voir sur la planche ci-jointe les échantillons multiples, sous forme de petites taches blanchâtres, circulaires, munies d'un chevelu radiculaire. Le réticulum interstitiel émerge, d'une part, de la face interne de la pie-mère et des capillaires qui en proviennent sous forme de filaments perpendiculaires à la surface qui se ramifient immédiatement pour former à la surface des circonvolutions un revêtement superficiel, dont je donnerai ultérieurement une planche photographique, et qui constitue pour chacune d'elles une sorte de revêtement épithélial ; et, d'une autre part, du tissu cellulaire de la substance blanche. Il résulte de ces dispositions que les éléments interstitiels de l'écorce à partir des méninges et ceux de la substance blanche

(1) L'étude de la structure intrinsèque des principaux groupes de circonvolutions est ultérieurement abordée.

sont en continuité parfaite et constituent de la sorte un véritable filet dans les mailles duquel les fibres sont logées, soutenues, et cimentées dans le sens véritable du mot « névroglie. »

Nous avons précédemment indiqué la façon dont il fallait comprendre la formation du réticulum interstitiel, dont on voit sur la planche ci-jointe, des échantillons très démonstratifs, et montré en même temps, comment les fibres ultimes des prolongements radicellaires des cellules nerveuses s'amalgamaient avec les fibres ultimes de la névroglie pour constituer un réticulum mixte, excessivement délié, et cimentant entre eux en une stricte homogénéité tous les éléments de l'écorce (fibres et cellules.) A ce point de vue les prolongements fins, radicellaires, qui émergent des cellules nerveuses pourraient être considérés non pas comme représentant la cellule nerveuse elle-même, mais comme la représentation d'une gaine fibreuse rudimentaire et irrégulièrement constituée.

3° Les capillaires de l'écorce se présentent avec les caractères généralement décrits par les auteurs; ils pénètrent directement, munis d'une gaine, dans l'épaisseur de la substance grise et se divisent en ramuscules de plus en plus ténus; leurs parois sont adhérentes à la névroglie. Les ramifications ultimes qu'ils constituent sont représentées par des tubes minces, pourvus de fibres circulaires, et d'un volume relativement considérable par rapport aux cellules ambiantes.

Il ressort donc du simple examen détaillé de la pièce photographique que nous soumettons à l'étude des observateurs, et qui n'est en réalité que la repro-

duction intrinsèque de la nature elle-même, une série de déductions que l'on peut considérer comme des vérités acquises et qui peuvent servir comme point de départ pour des acquisitions nouvelles.

On peut donc admettre, en résumé, ces propositions :

1° Les cellules nerveuses sont réparties dans l'écorce en proportions innombrables.

2° Elles sont toutes de même forme, et ne diffèrent entre elles que par leur volume.

Elles sont pyramidales, triangulaires, et quelquefois ovalaires par atténuation de leurs angles. Elles sont toutes orientées de la même manière, la base tournée du côté de l'arrivée des fibres blanches, le sommet vers la périphérie. Elles sont toutes pourvues de prolongements multiples, les uns volumineux, les autres fins et délicats, analogues au chevelu radicellaire que l'on trouve à la surface d'un tubercule végétal. De ces prolongements, les uns, les plus volumineux, sont destinés à se ramifier au loin; les plus fins, au contraire, s'épuisent localement en un réticulum très serré qui se combine avec les fibrilles de la névroglie pour constituer un tissu mixte interstitiel qui sert de gangue et de ciment à tous les éléments nerveux.

Les cellules ne sont pas disposées au hasard, et il existe vraisemblablement pour toutes les circonvolutions, un ordre harmonique nécessaire au jeu régulier des fonctions cérébrales.

Elles sont associées les unes aux autres dans le sens latéral, *médiatement*, à l'aide du réticulum interstitiel. Elles forment ainsi probablement, suivant une étendue variable, des lignes stratifiées les

unes au-dessus des autres. Ces lignes de cellules associées dans le sens latéral, sont vraisemblablement aussi associées dans le sens longitudinal, c'est-à-dire dans le sens de l'écorce. Les prolongements filiformes que l'on voit émerger du sommet de chaque pyramide se portent vers les régions supérieures et s'y perdent, sans qu'on sache encore nettement dans quelle portion, après avoir suivi un trajet plus ou moins étendu. Il est donc vraisemblable d'admettre que si chaque cellule est associée, à droite et à gauche, à deux de ses congénères, elle est pareillement par sa base et par son sommet reliée à ses congénères supérieurs et inférieurs. On arrive ainsi à reconnaître la solidarité intime qui relie entre eux les éléments de l'écorce et qui confond en une stricte solidarité les myriades de cellules qui constituent cette écorce.

Les cellules les plus volumineuses occupent les zones profondes de l'écorce. C'est dans ces régions profondes que l'on rencontre principalement ces cellules volumineuses, dont nous avons parlé, et qu'on appelle *cellules géantes.* Les cellules les plus petites sont disposées dans les régions sous-méningées. Les régions intermédiaires sont occupées par des cellules de transition.

Les résultats fournis par la photographie ont mis en évidence cette particularité remarquable de la cellule nerveuse, sa structure aréolaire. Sur des pièces bien réussies, en effet, on constate que la masse de la cellule se présente sous l'apparence d'un corps spongieux renflé dans sa partie centrale en noyau, et qu'elle est dépourvue d'une enveloppe protectrice. Ces détails, on le comprend, ont une importance physiologique des plus considérables; car la

cellule nerveuse dans ses conditions normales doit être conçue comme plongée et vivant au milieu d'une atmosphère liquide, ou du moins humide, exsudée des vaisseaux ambiants. Elle est, comme un corps aquatique, destinée à subir par imbibition les moindres modifications survenues dans son atmosphère. Elle est en quelque sorte à nu, exposée à tout, et l'on comprend ainsi la rapidité de ses réactions lorsque par diffusion (et on sait avec qu'elle rapidité certaines substances se diffusent à travers les liquides) elle est impressionnée par une substance étrangère, comme l'alcool, le chloroforme, la nicotine, la morphine, etc., etc., qui, apportée par les vaisseaux, adultère ses moyens de nutrition et finit peu à peu par troubler sa vitalité intime.

On comprendra encore comment en présence de courants sanguins déchaînés, en présence de transsudations hématiques, d'extravasations de sang en nature, ces mêmes éléments, grêles, délicats, sont brusquement arrêtés dans leur régularité fonctionnelle, et dilacérés lorsque l'hémorragie est violente; et, comment ils sont troublés silencieusement dans leur vie nutritive par des exsudations plasmatiques viciées qui mettent obstacle à leur nutrition physiologique et amènent peu à peu leur mortification lente.

Les conditions d'organisation naturelles qui favorisent les manifestations dynamiques de la cellule nerveuse sont aussi celles qui exaspèrent ses réactions morbides; et quand on se reporte par la pensée à l'infinie délicatesse de ces admirables détails de l'organisation cérébrale on ne peut s'empêcher de reconnaître combien le cerveau humain est chose délicate et fragile, et combien l'homme qui le surchauffe par toutes causes d'excitation continue,

volontaires ou involontaires, travaux forcés, contention d'esprit incessante, nuits passées sans sommeil, détruit à son insu les instruments de son activité mentale, et prépare ainsi les portes ouvertes à l'obnubilitation mentale progressive et finalement à la démence prématurée qui est l'épilogue obligé de toutes les existences excessives, dans le bon comme dans le mauvais sens (1).

SUR UN CAS DE CIRRHOSE ATROPHIQUE GRANULEUSE DISSÉMINÉE DE CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA SCLÉROSE DU CERVEAU CHEZ LES ALIÉNÉS

par S. POZZI,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chirurgien de Lourcine.

L'étude des lésions du cerveau dans les maladies mentales est de date toute récente. Longtemps tenue en suspicion par l'école vitaliste et spiritualiste, et aussi, il faut bien l'avouer, entravée par la connaissance incomplète de l'écorce cérébrale, elle n'a pris son essor que dans ces dernières années. Encore aujourd'hui l'extrême difficulté des recherches microscopiques dans le tissu complexe des circonvolutions rend ces investigations pénibles et ne permet qu'à peu de médecins de les aborder. Cependant d'importants travaux ont déjà été publiés sur ce point.

(1) Dans un chapitre ultérieur, je me propose de passer en revue les principaux points qui intéressent l'étude de la substance blanche, et celle des régions sous-méningées de l'écorce.

L'idiotie surtout a été assez bien étudiée et nous connaissons maintenant, au moins dans ses grandes lignes, l'anatomie pathologique de cette affection. Elle est due, dans la grande majorité des cas, à un arrêt de développement de l'organe de la pensée, soit dans son ensemble, soit dans une de ses parties, soit seulement dans la structure intime du tissu dont il est formé. Parfois aussi, c'est une véritable maladie intra-utérine ou infantile qui a causé l'idiotie : sous ce chef il faut ranger l'hydrocéphalie si fréquemment observée, certaines méningo-encéphalites, les cas rares d'hypertrophie cérébrale étudiés par Virchow ; enfin la sclérose tubéreuse récemment décrite et qui n'est, en définitive, suivant la juste remarque de Brückner, qu'une hypertrophie cérébrale disséminée.

Les lésions des circonvolutions dans la folie sont loin d'être aussi bien connues, malgré les recherches importantes des aliénistes contemporains, parmi lesquels les noms français de Baillarger, de Luys, de Voisin, de Magnan et Bouchereau doivent être cités en première ligne. Aussi toute contribution nouvelle à nos connaissances sur ce point mérite-t-elle peut-être de ne pas être dédaignée, alors même qu'elle ne pourrait s'appuyer que sur des documents incomplets. C'est ce qui m'a engagé à publier ce fait relatif à une lésion curieuse non encore décrite, et cela malgré les lacunes considérables de l'observation.

Celle-ci, et la pièce anatomique qui en fait le principal intérêt, a été recueillie dans le service du docteur de Lamaëstre, à l'asile d'aliénés de Ville-Evrard, par mon distingué confrère M. le docteur Rey, médecin adjoint de cet établissement. Il a bien voulu me la confier pour en faire l'étude, et m'a remis en même temps quelques notes cliniques, malheureusement très succinctes, que je transcris :

Lecrosnier (soixante-quatre ans) entre à Ville-Evrard avec les certificats suivants délivrés par les médecins qui l'ont successivement soigné :

7 septembre 1881. Affaiblissement des facultés intellectuelles, turbulence dans ces derniers mois. Idées mélancoliques ; cherche à se jeter par la fenêtre, dit que sa dernière heure est venue. Actes inconscients. (Paul Garnier).

8 septembre. Affaiblissement des facultés intellectuelles, excitation passagère, idées mélancoliques, étourdissements, attaques épileptiformes ; contusion de la jambe gauche. (Magnan.)

13 septembre. Démence avec attaques épileptiformes qui, au dire du malade, se produisent tous les mois. Affaiblissement de la mémoire, ne sait pas son âge. (De Lamaëstre.)

27 septembre. Affaiblissement des facultés intellectuelles, embarras de la parole, céphalalgie habituelle ; n'a pas eu d'attaques depuis son entrée à Ville-Evrard. (De Lamaëstre.)

Ce malade ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires ou personnels. Il a perdu le souvenir des faits qui ont motivé son admission dans un asile d'aliénés ; il ignore où il se trouve ; pas de délire défini ; n'accuse que des maux de tête ; pas de troubles de la motilité.

Le malade sait qu'il est sujet à des attaques d'épilepsie.

Rien à noter jusqu'au mois de decembre. A cette date (15 décembre) attaques épileptiformes successives. Le malade se remet sans présenter ni troubles intellectuels nouveaux, ni troubles de la motilité.

21 février 1882. Attaques épileptiformes extrêmement nombreuses, se succédant, pendant une journée et une partie de la nuit, avec quelques minutes à peine d'intervalle, consistant en secousses cloniques, assez faibles, sans prédominance d'un côté du corps. La respiration est bruyante, la face est congestionnée, le corps inondé de sueur ; puis, résolution complète des membres, respiration calme ; le malade fait entendre des plaintes incohérentes jusqu'à l'accès prochain.

Mort dans la nuit du 21 au 22 février. Autopsie le 23. Crâne épais, dure mère épaisse et très résistante, quelques adhérences à la voûte crânienne, épaississement des méninges, aspect laiteux ; œdème à la région pariéto-occipitale, suffusions sanguines sur la région pariétale, injection de la pie-mère dans toute son étendue. Pas d'adhérences des méninges avec la substance cérébrale.

Telles sont les notes cliniques et anatomiques recueillies sur cet aliéné par le docteur Rey.

Voici maintenant la description du cerveau que je

vous présente (1) : il a séjourné quelque temps dans l'alcool, ce qui a considérablement diminué son volume en respectant sa forme. Notez également, au niveau des première et seconde circonvolutions frontales gauches, des traces de grattage sur la nature desquelles il ne faudrait pas se méprendre ; ces lésions ont été produites artificiellement par M. Rey, dans le but de servir à des études d'un genre particuiler qu'il poursuit actuellement. Elles lui ont permis de constater le peu d'épaisseur de la substance grise dans ces points où les marques extérieures de la *cirrhose* étaient fort notables.

Au premier aspect, on est frappé par l'apparence de certains îlots de la substance corticale, sur les deux hémisphères. Tandis que la plupart des circonvolutions conservent leur volume et leur apparence normaux, il en est d'autres qui sont amoindries, comme ratatinées, et présentent en outre une surface inégale, granuleuse, ou pour mieux dire *piquetée*, qui rappelle assez exactement l'apparence du bois vermoulu. Il y a donc là en même temps atrophie évidente de certains départements de la surface cérébrale, et une lésion qui, à l'œil nu, éveille invinciblement l'idée d'une altération analogue à celle qui produit l'état granuleux du foie dans la cirrhose atrophique.

La distribution exacte des altérations est la suivante :

1° *Hémisphère droit*. — a. *Face externe et inférieure. Lobe frontal*. — Le lobule orbitaire paraît intact. La première circonvolution frontale n'est pas très sensiblement atrophiée et ne présente l'aspect chagriné

(1) La pièce a été présentée à la Société d'Anthropologie de Paris au mois de mai 1882. Cette note est extraite de la communication faite à ce propos par M. Pozzi.

que d'une manière très discrète et par points isolés, un peu plus confluents dans sa moitié antérieure; encore la lésion est-elle bien moins marquée à ce niveau que sur la seconde circonvolution frontale, qui est en totalité amaigrie, d'aspect mâchonné et piqueté, depuis son origine sur le lobule orbitaire jusqu'à sa terminaison sur la frontale ascendante, où la lésion cesse brusquement. Ce dernier pli tranche même par son ampleur et son relief exagérés sur les parties voisines et, disons-le tout de suite, l'examen microscopique a démontré la nature scléreuse de l'hypertrophie. Il faut noter, sur sa moitié supérieure, quelques petites dépressions. La troisième circonvolution frontale est tout à fait intacte à sa partie antérieure, mais présente *une tubérosité* à sa partie postérieure.

Lobe pariétal. — Atrophie et aspect piqueté de la

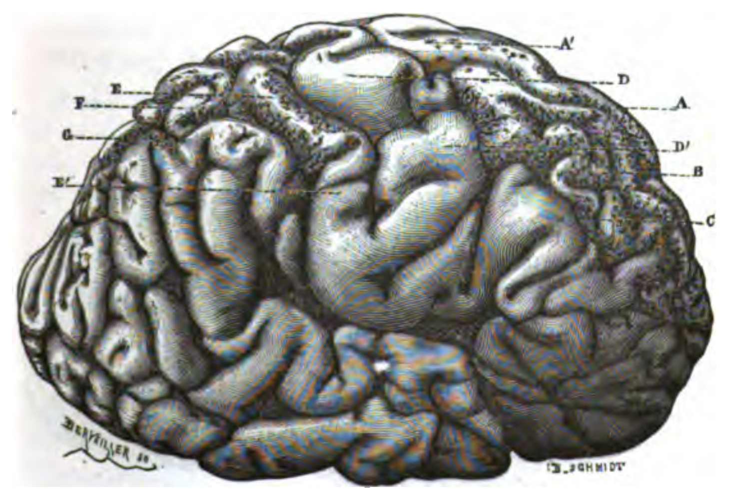


Fig. 1. — *Hémisphère cérébral droit :* A. premiére circonvolution frontale, partie antérieure altérée par la cirrhose; A. *idem*, partie postérieure moins altérée; B, seconde circonvolution frontale, altérée; C, troisième circonvolution frontale, saine; D, D, quatrième circonvolution frontale présentant deux saillies tubéreuses; E, partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante, altérée; E, partie inférieure saine de la circonvolution : F, lobule pariétal supérieur, altére; G. sommet du pli courbe, altéré.

circonvolution pariétale ascendante dans sa moitié supérieure ; même lésion du lobule pariétal supérieur. Le lobule pariétal inférieur est intact, mais le sommet du pli courbe est atteint dans le point extrême de sa convexité où il confine au lobule pariétal supérieur.

Rien à noter sur les lobes *temporal* et *occipital*.

b. *Face interne*. — Le lobule ovalaire (ou paracentral) présente l'aspect chagriné vers sa partie supérieure, mais sans atrophie prononcée.

Enfin, en écartant la scissure pariéto-occipitale, on aperçoit à sa partie supérieure un pli de passage profond très grêle et profondément altéré par la cirrhose.

2° *Hémisphère gauche*. — a. *Face externe et inférieure*. *Lobe frontal*. — Le lobule orbitaire est intact. Ainsi que je l'ai déjà dit, de ce côté-là le lobe frontal a été gratté sur une partie de sa surface, ce qui ne

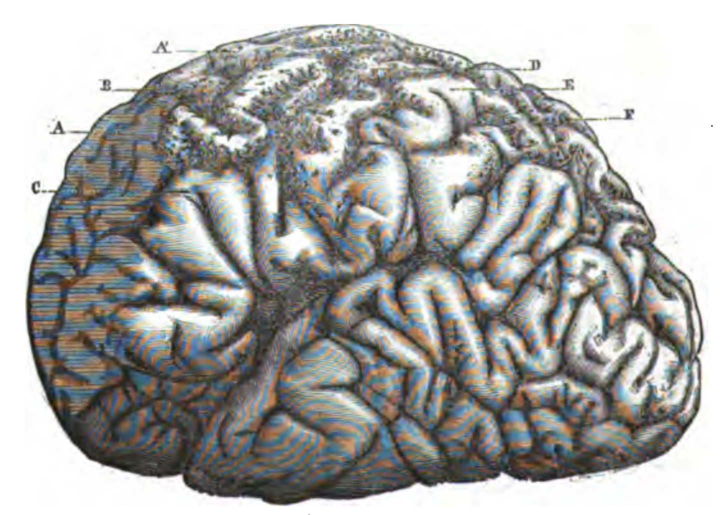


Fig. 2. — *Hémisphère cérébral gauche* : A, portion du lobe frontal détériorée par le grattage ; A, partie postérieure de la première circonvolution frontale ; B. seconde circonvolution frontale, altérée ; C, troisième circonvolution frontale, altérée ; E, circonvolution pariétale ascendante (en majeure partie saine) ; F, lobule pariétal supérieur, altéré.

permet plus de voir l'état primitif des première et se-seconde circonvolution dans leur tiers antérieur. Le tiers moyen de la première circonvolution est peu altéré; mais à son tiers postérieur, dans le point où elle se bifurque pour se jeter dans la frontale ascendante, l'aspect piqueté est des plus marqués. Il l'est également dans toute l'étendue visible de la deuxième frontale et sur la quatrième ou frontale ascendante, laquelle est lisse et tubéreuse du côté droit. La troisième circonvolution (de Broca), est absolument intacte.

Lobe pariétal. — La circonvolution pariétale ascendante est normale, sauf tout à fait à sa partie supérieure, où elle est légèrement amaigrie et un peu piquetée. Le lobule pariétal supérieur présente le même aspect, mais à un degré bien moindre que sur l'autre hémisphère.

Rien au pli courbe ni au lobule pariétal inférieur.

Rien au lobe temporal ni au lobe occipital.

b. *Face interne.* — Aspect très légèrement chagriné de la portion supérieure du lobule ovalaire (ou paracentral). La partie postérieure du lobule quadrilatère est aussi manifestement altérée.

En résumé, les lésions sur les deux hémisphères présentent des points symétriques et des points dissemblables.

Les points symétriquement altérés sont : la première circonvolution frontale, plus profondément altérée cependant à gauche; la deuxième circonvolution frontale, la majeure partie de la pariétale ascendante, le lobule pariétal supérieur, plus atteint à droite; le lobule ovalaire, dans sa portion supérieure.

La lésion se montre isolément : à droite : sur le sommet du pli courbe et sur un pli de passage pa-

riéto-occipital interne, qui sont atrophiés et granuleux, et sur la troisième et quatrième frontale, qui offrent une hypertrophie d'apparence tubéreuse; à gauche: sur la quatrième frontale (ascendante) et sur la portion postérieure du lobule quadrilatère (face interne).



Fig. 3. — *Détail des lésions (portion du lobule pariétal supérieur).*

La topographie des lésions est-elle en rapport avec les phénomènes observés, et les notions de physiologie pathologique actuellement reçues tirent-elles quelque confirmation de ce fait? A ce point de vue, il faut d'abord noter l'état normal de la troisième circonvolution frontale gauche, tandis que la droite était atteinte en partie de sclérose hypertrophique. Or, le malade ne paraît pas avoir présenté de troubles de la parole.

Quant aux désordres de la motilité, aux crises épileptiformes, elles peuvent facilement être rapportées aux lésions de la zone motrice, qui était très largement et très profondément atteinte. — La *cirrhose* étendue des deux lobes frontaux suffit à expliquer l'affaiblissement des facultés intellectuelles.

Nous avons vu qu'il existait une lésion du sommet du pli courbe droit; avait-elle amené quelque trouble

du côté de l'œil ? L'observation, encore sur ce point, ne nous donne malheureusement aucun renseignement.

M. le Dr Brissaud a bien voulu se charger de l'examen histologique, et me remettre une note étendue d'où j'extrais les passages suivants :

« J'ai étudié deux points : 1° la circonvolution frontale ascendante hypertrophiée au niveau du pied de la deuxième frontale ; 2° le petit groupe atrophié des circonvolutions du lobule pariétal supérieur au voisinage du pli de passage du lobe occipital.

« 1° La partie hypertrophiée, ressemble, beaucoup, à l'*encéphalite tubéreuse*. (Voir plus loin.)

« Là, il est difficile de ne pas admettre qu'il s'agisse d'un processus inflammatoire chronique, d'une sorte de cirrhose dans laquelle la névroglie joue le principal rôle. Cette névroglie, très épaissie, se colore avec intensité par le carmin ; elle est formée de mailles excessivement serrées où les vaisseaux sont très rares et qui par leur ensemble rappelleraient les tractus du tissu inodulaire, si les fibrilles et les lacis spécifiques de la névroglie ne s'y trouvaient partout. C'est même une chose bien curieuse que ce tissu si délicat de la névroglie, quoique fort altéré dans son aspect général, ait conservé les principaux caractères de sa constitution normale, bien distincte de la trame dense et grossièrement conjonctive d'une sclérose quelconque. Cela ne laisserait-il pas supposer qu'au lieu d'une irritation accidentelle, la raison de la lésion soit une disposition congénitale ?

« Je ne le crois pas, ajoute M. Brissand, attendu qu'à la partie la plus superficielle de l'écorce on distingue de petits foyers assez diffus où la condensation de la névroglie est encore beaucoup plus prononcée et semble bien résulter d'un travail pathologique.

« Quant aux éléments *nobles* de la substance grise,

on ne les voit nulle part atrophiés, c'est-à-dire que nulle part on ne distingue les agglomérations pigmentaires figurées, qui résultent d'une dégénération des cellules; mais, assurément, ils sont beaucoup plus rares et clairsemés que dans une substance grise normale.

« Les couches de Meynert sont régulièrement superposées dans leur ordre ordinaire; seulement les cellules pyramidales sont très peu abondantes, et les grandes cellules motrices font presque totalement défaut. Celles qu'on voit, cependant, ne paraissent nullement malades.

« Il y a dans toute la substance grise de petits foyers assez nombreux d'infiltration de la névrolgie par une sorte de substance colloïde; ces foyers sont tous petits, assez régulièrement sphériques, presque tous d'égal volume. Leur signification est difficile à déterminer.

« La circonvolution atrophiée qui a été examinée est de tous points identique par sa constitution microscopique à la circonvolutiou précédente, avec cette différence que les éléments cellulaires y sont plus rares et que la névroglie y paraît encore plus condensée.

« Tout cela n'est que le résidu d'une inflammation aujourd'hni éteinte.

« Dans la circonvolution hypertrophiée, je ne doute pas que l'état des choses ne corresponde à des évènements plus récents, et alors il serait possible d'admettre que l'atrophie se fût un jour ou l'autre substituée à l'hypertrophie, mais bien lentement.

« Il n'y a pas de dégénération secondaire de la capsule interne des pédoncules. »

Mes recherches bibliographiques ne m'ont permis

de trouver aucune description qui puisse être rapprochée de la précédente, et M. le professeur Charcot, à qui j'ai montré la pièce, m'a dit qu'il n'en connaissait pas d'analogue. Il n'a pas hésité non plus à considérer ce fait comme se rapportant à une sclérose d'une espèce particulière.

Pour mieux faire ressortirce que le fait actuel présente de nouveau, je passerai très rapidement en revue les formes jusqu'ici décrites de la sclérose des circonvolutions (je ferai abstraction de la maladie bien définie au point de vue clinique et anatomique, connue sous le nom de *sclérose en plaques)*.

Ces formes peuvent se ranger sous deux chefs principaux : dans la première catégorie de faits, l'aspect extérieur n'est pas sensiblement changé, et c'est à peine si la lésion interne se traduit à l'extérieur par une certaine diminution de volume ou par une augmentation de la consistance. Elle ne peut donc être que soupçonnée avant d'être démontrée par l'examen microscopique.

Dans le second ordre de faits, l'altération se traduit à l'extérieur par un changement d'aspect qui invite naturellement à sa recherche, et permet ensuite de la diagnostiquer, même en l'absence d'examen histologique. Une seule variété avait été décrite jusqu'ici : la variété *tubéreuse*. L'observation actuelle en ajoute une nouvelle : la *sclérose* ou *cirrhose atrophique granuleuse*.

Quelques mots successivement sur ces diverses scléroses.

I. *Sclérose cérébrale sans altération extérieure autre que l'atrophie* (1). La première indication que

(1) La sclérose n'amenant jamais la *destruction* (mais seulement la modification) du tissu cérébral, on n'observe pas à la suite des

j'ai rencontrée de cette lésion est dans une note de MM. Isambert et Ch. Robin intitulée : *Cas de sclérome du cerveau dans l'idiotie* (1).

Depuis ce remarquable mémoire, on a souvent retrouvé sur les circonvolutions la lésion qualifiée ici de *sclérome* et qui répond exactement à ce que les auteurs contemporains appellent généralement *sclérose ;* ce qui la caractérise essentiellement, c'est la diminution des éléments *nobles* du tissu, cellules et fibres nerveuses, et leur remplacement par des produits d'une organisation moins élevée, tels que la matière amorphe, les cellules et fibres de tissu conjectif (ou lamineux). On sait combien ce processus est fréquent dans les principaux organes de l'économie, foie, reins, poumons, etc. Il est intéressant, au point de vue de l'anatomie générale, d'observer que la substance cérébrale n'échappe pas à cette évolution pathologique. Il l'est, également, pour la psychologie, de constater, ce qu'il était, du reste, facile de prévoir, que ces lésions coïncident constamment avec un affaiblissement ou une perturbation considérable dans les fonctions de l'organe de la pensée. Ce sont, en effet, surtout les idiots, les épileptiques ou les aliénés, chez lesquels la sclérose cérébrale a été rencontrée. Il est aujourd'hui surabondamment démontré que la forme la plus fréquente de l'aliénation mentale — paralysie générale — est une sclérose interstitielle diffuse de la névroglie des centres nerveux en général et des circonvolutions en particulier. Mais en dehors de ces cas dont la connaissance

scléroses ayant déterminé une certaine diminution de volume (ou atrophie) la dégénération secondaire de la capsule interne et des pédoncules qu'on voit dans la véritable *atrophie cérébrale* (de Cotard). Ce caractère distinctif est capital.

(1) Isambert et Robin, *Mémoires de la Société de biologie pour* 1851.

est vulgaire, il en est un certain nombre où la sclérose apparaît comme processus éventuel et plus ou moins inattendu.

A ce propos, je dois mentionner tout spécialement une observation très importante de démence où l'atrophie d'un hémisphère paraît avoir succédé à la sclérose. M. le docteur Magnan l'a présentée à la Société de biologie le 31 décembre 1881. Il s'agissait d'une femme tombée progressivement dans la démence, et sur laquelle M. Magnan avait formulé ce diagnostic : *Aphasie (logoplégie) progressive, aboutissant au mutisme absolu ; affaissement intellectuel progressif jusqu'à l'oblitération complète des facultés ; mouvements de balancement, voracité, viduité du regard comme dans l'idiotie. Diminution des forces musculaires du côté droit à la dernière période seulement.* A l'autopsie, on trouva une sclérose diffuse avec atrophie de l'hémisphère gauche, à l'exception des circonvolutions frontale et pariétale ascendante. L'hémisphère droit était normal, sauf l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal, sur laquelle adhéraient légèrement les méninges. Poids de l'hémisphère droit, 415 grammes; poids de l'hémisphère gauche, 355 grammes. Au microscope, les cellules de la couche corticale sont granuleuses, arrondies et globuleuses. Beaucoup sont détruites, laissant à leur place des amas granuleux jaunâtres irréguliers. On voit, en outre, des granulations fines, brillantes, isolées ou réunies en corps granuleux. Multiplication des noyaux sur les parois vasculaires épaissies et dans le tissu interstitiel. Ces lésions ne se montrent pas sur les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. En résumé, il s'agit là d'un véritable cas d'idiotie acquise, et si l'on n'eût été prévenu de la marche des accidents; c'est, dit M. Magnan, le diagnostic

idiotie, et non pas démence, qu'on eût porté d'après les symptômes observés : balancements, voracité, sourire niais, viduité du regard, mutisme, etc. La lésion étant localisée dans l'hémisphère gauche seul, M. Magnan formule cette conclusion hardie : « Jusqu'ici il semblait que la faculté du langage seule avait son siège anatomique sur l'hémisphère gauche. Ce fait prouve que les lésions corticales de ce même hémisphére peuvent suffire à faire disparaître toutes les manifestations intellectuelles. » C'est là une vue audacieuse que de nouvelles observations devront vérifier, mais que nous avons voulu signaler en passant.

Il est encore d'autres individus chez lesquels la sclérose cérébrale a été observée, coïncidant aussi avec un amoindrissement des facultés intellectuelles; je veux parler de certains vieillards. La vieillesse, il est vrai, comme je l'ai dit ailleurs, « lorsqu'elle aboutit à des lésions de cet ordre, est presque devenue une maladie (1) ».

Un savant anglais, Herbert-C. Major, a fait à ce sujet une série de mémoires intéressants (2).

Dans un premier mémoire (1872), il étudie les lésions histologiques de la substance grise chez les sujets morts de folie chronique. Puis il remarque que chez les vieillards, le cerveau atrophié ressemble souvent tellement au cerveau d'un fou que la distinction est fort difficile à faire, sinon impossible dans quelques cas ; il se demande alors si à cette identité apparente ne correspondraient point des modifications similaires des éléments de la substance cérébrale. Il étudie dans un second mémoire (1873) ces altérations dont il complète la description dans un mémoire

(1) Article CRANE. in *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XXII, p. 497.
(2) *West Riding Lunatic Asylum Reports*, 1872, 1873, 1874, 1875.

publié l'année suivante (1874) et établit ainsi un parallèle des plus intéressants

Enfin, en 1875, dans un quatrième travail, il fait observer qu'en vieillissant les animaux âgés changent d'habitude, d'état mental, et que certains de ces états chez le chien offrent une plus grande analogie avec la démence sénile que l'on observe chez les vieillards; il est ainsi amené à étudier l'histologie pathologique du cerveau chez les vieux animaux et à découvrir des rapprochements remarquables avec celui des vieillards.

Il serait d'un grand intérêt de reprendre et de compléter ces recherches de pathologie et de physiologie comparées, que j'ai dû me borner à signaler rapidement.

II. *Sclérose tubéreuse des circonvolutions cérébrales.* Sous ce nom, MM. Bourneville et Brissaud ont récemment décrit une lésion anatomique observée par eux sur deux cerveaux d'idiots (1) âgés de trois et de quatre ans. L'un des sujets était affecté d'épilepsie hémiplégique. A l'autopsie on trouva, disséminés sur les circonvolutions, « des îlots arrondis, formant saillie, de volume variable, d'une coloration blanchâtre, opaque, d'une densité bien supérieure aux parties avoisinantes. » La distribution topographique des lésions est indiquée en détail dans chaque observation. MM. Bourneville et Brissaud font suivre la relation de ces cas des observations suivantes, qu'il nous paraît utile de rapporter en entier : « Ce que nous tenons à faire particulièrement ressortir, c'est que dans aucune des observations publiées jusqu'à ce jour, il n'a été fait mention de ces tubérosités superficielles, qui, sans, rien changer à la disposition générale des circonvolutions, modifient cepen-

(1) *Archives de neurologie*, 1880, p. 81 et 397.

dant l'apparence extérieure du cerveau dune façon tout à fait singulière. Assurément, il ne s'agit pas ici d'une encéphalité scléreuse, telle que celle dont la sclérose en plaques a fourni de si nombreux exemples. On ne peut pas non plus assimiler ces cas à ceux où le processus morbide affecte des analogies frappantes avec la méningo-céphalite de la paralysie générale. Enfin, malgré l'évidente hypertrophie des nodules scléreux qui nous ont déterminés à la qualifier d'*encéphalite tubéreuse*, il n'y a pas lieu de faire rentrer ces faits dans la catégorie des hypertrophies cérébrales, attendu que l'hypertrophie du cerveau est presque toujours généralisée.

« Ce qui fruppe dès le premier abord dans les observations anatomo-pathologiques que nous rapportons ici, c'est la localisation des foyers de sclérose dans la substance grise, soit à la surface des circonvolutions, soit à la surface des corps opto-striés. A cet égard, l'altération pourrait être assez justement dénommée *polio-encéphalite tubéreuse*. Peut-être aussi serait-on porté à croire que le voisinage des méninges entre pour une certaine part dans la localisation dont il s'agit ; mais l'intégrité relative des membranes interdit forcément cette manière de voir.

« Quant aux altérations histologiques, nous devons avouer qu'elles ne présentent rien d'assez spécial pour permettre de formuler une opinion précise sur la pathogénie de cette affection. Tantôt la lésion occupe une seule partie d'un repli cérébral, tantôt elle envahit plusieurs circonvolutions à la fois ; mais jamais elle ne nous a paru s'étendre jusque au fond des sillons ou des scissures. C'est donc plutôt une affection de la surface du cerveau qu'une affection de l'écorce proprement dite.

« Nous n'avons pas pu, à notre grand regret, exa-

miner au microscope les pièces fraîches; les seules observations que nous avons faites concernent des fragments durcis dans le bichromate d'ammoniaque à 40 pour 100. Or, ce que les coupes colorées au picrocarmin nous ont permis de constater peut se résumer en très peu de mots

« Les éléments nerveux font absolument défaut dans toute l'étendue des parties sclérosées. Le tissu de chacun des nodules tubéreux consiste essentiellement en une trame névroglique excessivement dense, que le carmin colore avec intensité. Cette trame est beaucoup plus épaisse dans les régions superficielles de la circonvolution que dans les régions profondes, c'est-à-dire que le maximum d'activité du processus, et, selon toute vraisemblance, son point de départ, occupent la substance grise ou ce qui devait être auparavant la substance grise. Dans ce tissu scléreux, les noyaux ne sont pas beaucoup plus abondants qu'à l'état normal; seulement bon nombre d'entre eux présentent des prolongements ramifiés et affectent la forme de cellules araignées. Tout à fait à la surface, la condensation de la névroglie est poussée à l'extrême, et l'on se rend compte aisément, d'après un tel aspect, de la dureté cartilagineuse de ces foyers d'encéphalite.

Dans la substance blanche, la lésion scléreuse, à part la différence de densité, présente des caractères identiques. La coloration uniformément rose du tissu témoigne qu'il ne subsiste pas dans la trame névroglique la moindre trace de myéline; et sur les bords du foyer seulement on distingue quelques cylindres axiles.

« Chose remarquable, et peu en rapport avec ce que nous signalions dans les précédentes observations relatives à des cas de méningo-encéphalite, on

ne rencontre pas de cellules araignées dans les portions de la circonvolution malade, qui devraient être occupées par la substance blanche ; peut-être est-il permis de supposer, en raison de ce fait, que la sclérose névroglique dans la substance blanche n'est que secondaire.

« Quant à la vascularisation de ce tissu morbide, elle est excessivement restreinte. On ne distinge pas dans les modules scléreux le riche réseau capillaire des circonvolutions saines; seuls, les vaisseaux de calibre semblent y pénétrer. Enfin, en aucnn point nous n'avons observé de lésions hémorrhagiques, comme tant d'autres en ont signalé dans les atrophies scléreuses de l'encéphale.

« Avec des données si insuffisantes, nous ne nous croyons pas autorisés à formuler la moindre hypothèse sur le mode de développement de cette singulière altération. Nous estimons cependant que la méningite, facteur pathogénique à peu près constant de la plupart des affections analogues chez les idiots et les épileptiques, ne peut être mise en cause ici. Il s'agit bien plutôt d'un processus inflammatoire chronique, très lent, dont le point de départ réside dans la névroglie de la substance grise corticale, mais dont la localisation dans les parties les plus superficielles du cerveau tient à des causes qui nous échappent encore complètement. »

C'est une lésion tout à fait analogue qui est décrite par Ladislaus Pollak (1) sous le nom de *Sclérose en foyers disséminés, d'origine congénitale*. L'auteur ne paraît pas avoir eu connaissance du travail précédent, sans quoi il n'aurait pas manqué d'établir un rapprochement entre les deux faits qu'il relate et ceux de M. Bourneville. Dans les deux observations il s'agis-

(1) *Congenitale, multiple Herdsclerose des central nerven systems : particller Balkenmangell. Archiv für Psychiatrie* 1881. XII Band. S. 157.

sait de jeunes idiots ; une seule a été suivie d'autopsie, et il est difficile de ne pas reconnaître dans les noyaux durs semés sur les circonvolutions et comparés par l'auteur à une éruption variolique, les *tubérosités* scléreuses des auteurs précédents.

Un nouveau cas d'encéphalité tubéreuse a été publié par le docteur Oscar Brückner. Cela porte à quatre le nombre des faits connus jusqu'à ce jour.

Dans l'observation de l'auteur allemand, il s'agissait d'une jeune fille de vingt-deux ans atteinte d'*épilepsie partielle*. Très faible d'esprit depuis sa naissance, presque idiote, mais non aphasique, elle avait une démarche particulière, saccadée, comme celle d'une poupée à ressort. Elle présenta une seule fois un accès de rage ressemblant un peu à une attaque de grand mal. A l'autopsie, on trouva disséminés sur toute la surface du cerveau des foyers de sclérose entièrement limités à la substance grise ; en ces points, celle-ci paraît hypertrophiée. Au microscope, cette analogie avec l'hypertrophie cérébrale s'accuse encore, les lésions sont les mêmes : augmentation de quantité du stroma conjonctif, diminution des éléments propres de la substance grise. Mais, tandis que dans l'hypertrophie cérébrale totale il y a diminution de la vascularité, si bien qu'on voit à peine dans le champ du microscope la coupe d'un vaisseau, dans le cas présent, au contraire, il y avait augmentation de la vascularité et aspect rosé de l'écorce. Une particularité anatomique intéressante est l'état granuleux de l'épendyme, analogue aux lésions décrites par Ripping dans les cas d'encéphalite chronique (1).

Les résultats de cette autopsie paraissent à Brückner expliquer suffisamment les symptômes observés pen-

(1) Oscar Brückner, *Archiv für Pscyhiatrie und Nervenkrankheiten* Berlin 1882. (XII Band). S. 550.

dant la vie. Les noyaux sclérosés, si analogues à la lésion de l'hypertrophie cérébrale, expliquent, dit-il, l'idiotie autant que le ferait celle-ci, d'autant plus que ces noyaux sont en grand nombre au niveau de la partie essentiellement pensante du cerveau, le lobe frontal. Les troubles de la motilité sont expliqués par les lésions de la *zone motrice* de l'écorce (circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, lobule paracentral). On sait que Charcot considère comme très probable que la zone motrice comprend aussi les pieds des circonvolutions frontales et des lobules pariétaux. Or, dans cette observation il y avait des noyaux de sclérose, à gauche sur les deux circonvolutions ascendantes, et des deux côtés sur les parties avoisinantes de ces circonvolutions.

A vrai dire, les lésions étaient si étendues et si disséminées qu'il est impossible d'accorder aucune valeur à ce fait, relativement à la détermination topographique des *centres moteurs*.

Les observations de Bourneville sont-elles plus probantes, à ce point de vue spécial? Je ne le pense pas. Cependant, il fait suivre la relation du premier fait des remarques suivantes : « Le siège des lésions explique-t-il la production des accès d'épilepsie partielle observés chez le malade? Cela nous semble démontré d'une manière précise. En effet, il est dit dans le procès-verbal de l'autopsie que les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes du côté gauche présentaient, dans leur partie supérieure, un îlot de sclérose très considérable et disposé de telle façon que, dans cette région, le deux circonvolutions étaient soudées. C'est à cette lésion, suivant nous, que l'on doit rattacher les convulsions qui affectaient les membres du côté droit. »

Mais, dans la deuxième observation du même au-

teur, les lésions de la zone *motrice* étaient très marquées, et cependant l'enfant, âgé de quatre ans seulement au moment où il mourut, avait pu marcher dès l'âge de deux ans et ne présentait aucun trouble de la motilité qu'on pût attribuer à l'état du cerveau. L'idiotie seule reçut de l'autopsie une explication suffisante.

L'auteur ne relève pas la signification négative de ce fait, au point de vue de la théorie des centres moteurs, comme il avait insisté sur la valeur positive fournie par la première de ses observations.

Notons en terminant que la sclérose tubéreuse s'est toujours rencontrée sur des idiots, et dans deux cas sur trois a coïncidé avec l'*épilepsie partielle*.

III. *Sclérose ou cirrhose granuleuse atrophique disséminée*. Son histoire se réduit jusqu'ici à l'unique observation placée en tête de ce mémoire. L'étude à l'œil nu de la lésion permettait déjà d'affirmer qu'il s'agit d'un processus tout à fait analogue à celui de la *cirrhose atrophique* du foie, dont elle reproduit l'aspect. Le microscope est venu confirmer pleinement cette manière de voir et légitimer cette dénomination.

Est-il possible de soupçonner l'évolution morbide, la pathogénie de la lésion? Certes, il est bien évident que l'atrophie des circonvolutions et leur aspect granuleux ont succédé à un processus de sclérose. Mais celle-ci a-t-elle été d'emblée *atrophique et granuleuse* ou a-t-elle passé par un premier stade *hypertrophique et tubéreux?*

L'une et l'autre thèse peuvent se soutenir et chacune a également pour elle l'analogie de ce qui se passe dans le foie. On n'ignore pas, en effet, qu'on y observe deux formes distinctes : la cirrhose atrophique d'emblée et la cirrhose hypertrophique. Mais

on sait aussi, pour poursuivre cette comparaison, que dans le foie la cirrhose atrophique est parfois précédée, au moins pour certains îlots, d'une période d'hypertrophie, si bien qu'il existe, si l'on peut ainsi dire, une sclérose hypertrophique passagère et une sclérose hypertrophique définitive. N'en serait-il pas de même pour le cerveau? Les îlots hypertrophiés, tubéreux, existant sur le lobe droit au niveau de la troisième et quatrième frontale, rappellent parfaitement les lésions trouvées par MM. Bourneville et Brissaud et O. Brückner. Or, à côté se trouvent les altérations de la cirrhose atrophique. Y a-t-il là simplement coexistence ou bien relation de cause à effet? Par suite, les faits décrits par les auteurs précédents sous le nom de *sclérose tubéreuse*, représentent-ils l'évolution définitive de la lésion, ou bien seulement sa première étape, la mort seule ayant interrompu un processus qui eût conduit à la *cirrhose granuleuse?*

Il est une considération qui plaiderait en faveur de cette manière de voir : je veux parler de l'âge respectif des sujets chez lesquels on a observé ces deux ordres de lésions. Tandis que c'est chez les enfants et les jeunes gens que l'encéphalite tubéreuse a été rencontée (trois ans et quatre ans, faits de Bourneville; vingt-deux ans, fait de Brückner), il s'agissait dans notre cas de cirrhose atrophique d'un homme avancé en âge (soixante-quatre ans), chez lequel, par suite, on ne peut supposer, comme dans les cas précédents, que la lésion a été surprise au milieu de son évolution. Ici, évidemment, nous avons pu observer son terme ultime, et les îlots hypertrophiés qu'a respectés la cirrhose environnante seraient dans cette hypothèse des témoins persistants de l'altération primitive.

Toutefois il est encore possible qu'il n'y ait aucune relation directe entre les deux processus hypertrophique et atrophique et qu'il y ait là non deux étapes d'une même lésion mais deux formes parfaitement distinctes : 1° *la cirrhose hypertrophique* encéphalite tubéreuse de Bourneville et Brückner); 2° *la cirrhose granuleuse atrophique*, (sur la plupart des circonvolutions altérées du cerveau que j'ai décrit.) En outre comme on l'observe sur le foie, on peut voir sur les circonvolutions ces deux formes de cirrhose coexister côte à côte, donnant lieu sinon à une troisième forme au moins à un troisième type: *la cirrhose mixte.* Tel est même, à proprement parler, le titre que devrait porter mon observation, si je n'avais voulu plus spécialement attirer l'attention sur la forme nouvelle constituée par les parties atteintes d'*atrophie granuleuse disséminée*, en la faisant seule figurer en tête de ma description.

ARCHIVES CLINIQUES

UN CAS D'ENCÉPHALOCÈLE ACQUISE

Par O. LANNELONGUE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

La littérature médicale n'est pas riche en documents sur l'encéphalocèle acquise ou hernie accidentelle de l'encéphale aussi l'observation suivante, ne fut ce que par la rareté des faits analogues, m'a-t-elle paru intéressante à publier.

La nommée L. Irma, âgée de 13 ans entre dans mon service à l'hôpital Trousseau, le 13 mars 1882.

Cette enfant est apportée à 10 heures du matin pendant la visite. Elle a été atteinte hier par une balle de fusil de chasse de calibre 16, balle pesant 25 grammes et qui a ricoché sur la cible à 60 mètres. Cette balle a été retrouvée ; elle n'est pas entière, mais nettement coupée de façon qu'il manque un fragment de 7 grammes. Quand l'enfant a été frappée, elle est tombée sans connaissance; on l'a immédiatement relevée et transportée chez sa mère ; pendant toute la nuit elle a perdu du sang et vomi à plusieurs reprises.

Etat actuel. — Il existe sur la partie latérale gauche du crâne une plaie allongée à grand axe légèrement oblique en bas et en arrière d'une longueur de 6 centimètres : elle siège à 7 centimètres au-dessus du conduit auditif externe. Elle répond dans toute son étendue au pariétal ; elle comprend non seulement les parties molles, mais encore le crâne et le cerveau lui-même ; on voit en effet une masse recouverte de caillots au-dessous de laquelle s'écoule encore un peu de sang et qui n'est autre que la substance cérébrale herniée, faisant saillie à travers la solution de continuité du crâne. Cette masse tout entière est soulevée par des battements isochrones à la pulsation artérielle et, à sa partie supérieure, dépouillée de caillots, elle se présente sous la forme d'une pulpe blanchâtre dilacérée, broyée.

Les phénomènes généraux sont graves. La face est d'une pâleur extrême, le pouls fréquent (120) dépressible, irrégulier et intermittent. L'intelligence est presque complètement éteinte ; l'enfant entend lorsqu'on lui parle très fort mais ne paraît pas comprendre ; elle ne reconnaît pas sa mère.

Pas de paralysie du mouvement.

Pas de contracture.

Par instants, mouvements convulsifs passagers dans les extrémités.

La sensibilité paraît notablement diminuée sur toute la moitié droite du corps ; il existe au contraire une légère hypéresthésie du côté gauche.

La nuit dernière, l'enfant a, paraît-il, été très agitée et a vomi à plusieurs reprises.

On rase les bords de la plaie, on la nettoie et on lave la masse cérébrale herniée avec l'eau phéniquée ; on retire alors un très petit fragment de balle qui se trouvait dans les couches superficielles de la tumeur. On recouvre la plaie de protective et on applique de la glace en permanence.

Le soir, t. 37°, 4. Pouls 124 toujours irrégulier et présentant des intermittences. Même état d'abattement, de prostration ; deux vomissements bilieux dans la journée.

14. — Température 37° 8. Pouls 124. Le pouls se régularise, ne présente plus d'intermittences. Pas de vomissements depuis hier. L'aspect général est meilleur; la face est colorée; l'enfant est agitée et balbutie sans cesse des mots incohérents et à peine articulés. Le soir même état, t. 38°, 6. P. 128. Un vomissement dans la journée. Une selle copieuse après un lavement purgatif.

15. — Agitation continuelle. L'enfant comprend par instants ce qu'on lui dit mais ne peut répondre; elle montre bien la langue quand on le lui demande. Toujours pas de paralysie du mouvement; cependant la commissure gauche paraît un peu plus élevée que la droite. Retard de la sensibilité à droite; légère hypéresthésie à gauche.

Réflexes intacts.

Pas d'épilepsie spinale.

Réflexes tendineux conservés.

Mouvements convulsifs partiels, sortes de secousses de courte durée et disséminées.

16. — Rien de nouveau. L'état général paraît meilleur; l'enfant semble comprendre un peu mieux mais ne peut répondre.

18. — Même état. La malade parle un peu et répète sans cesse qu'elle a faim. Elle dit bien certains mots mais ne peut trouver les autres; on peut lui en faire répéter quelques-uns tandis qu'il lui est impossible d'en prononcer d'autres.

On continue toujours sans interruption l'application de la glace. Aujourd'hui on lui donne un peu à manger.

19. — Rien à noter.

20. — La température s'élève légèrement. L'état général est le même. La plaie est toujours maintenue sous la glace; la substance cérébrale ramollie se détache sous forme de lambeaux d'une matière grisâtre presque diffluente.

Le soir, légère céphalalgie.

21. — Le soir la malade paraît fatiguée, la température s'élève à 39°, 2.

22. — Le matin, t. 39°,8, p. 124. Agitation extrême toute la nuit. — En examinant attentivement la plaie, on trouve, à l'angle postéro-inférieur une portion d'os nécrosé profondément cachée sous les téguments. En la saisissant avec des pinces, on constate qu'elle est légèrement mobile. Elle ne cède pas aux premières tractions, mais par des mouvements de latéralité, des mouvements de bascule quelque temps continués, on arrive à dégager un long séquestre présentant, à sa partie antérieure une échancrure produite par la balle. Ce séquestre recouvrait une collection purulente dont la paroi profonde est constituée par la substance cérébrale qu'on voit à nu au fond de l'angle postérieur de la plaie et qui est sphacélée superficiellement. Deux autres esquilles très petites sont enlevées à la partie supérieure.

On fait plusieurs lavages à l'eau phéniquée tiède et on place trois drains sur les parties latérales dans la rainure qui entoure la base de cette sorte de champignon formé par la première masse cérébrale herniée. On cesse la glace et on applique un pansement de Lister.

Le soir l'enfant est beaucoup plus calme, mais la température est montée à 40°,2. Injections phéniquées.

23. — Chute brusque de la température à 37°,8. Toute la portion de substance cérébrale qui était recouverte par le séquestre fait maintenant hernie en arrière de la première et se continue directement avec elle. La surface est sphacélée, noirâtre, violacée par places, recouverte de détritus filamenteux grisâtres.

Le soir 39°,2. La paralysie faciale s'accentue; la commissure gauche est plus élevée ; rides à gauche seulement quand l'enfant rit ou crie ; à droite immobilité presque absolue; intégrité de l'orbiculaire. — L'état général est mauvais; agitation, grimaces, traits tirés, effilés ; teinte subictérique. Rien d'anormal dans les urines.

24. — Température très élevée ; 40° le matin, 40°,8 le soir. Rien de nouveau du côté de la plaie.

25. — Chute de la température à 38°,6. Elimination de détritus sphacélés à la surface de la tumeur. De nouveau, hernie d'une masse cérébrale assez considérable.

26. — Elimination successive de nouvelles portions de cerveau à mesure que les lambeaux sphacélés se détachent. Le soir, l'enfant se plaint de douleurs dans les deux oreilles.

27. — Trois circonvolutions sont à nu au fond de la plaie, bien nettes et séparées par des sillons ; au-dessous d'elles ; on en voit une autre, dépouillée de son écorce, dont la substance blanche est à découvert.

Le soir, t. 40°.

28. — Agitation toute la nuit. Même état général. Cris continuels. Paroles incohérentes, mal articulées.

29. — On retire encore une petite esquille.

30. — Nouvelle hernie plus volumineuse. Agitation extrême. Cris continuels devenant par moments plus aigus. Mouvements de colère quand on s'approche. Mouvements convulsifs de la face, grimaces. Aspect de la manie aiguë. — Mouvements convulsifs généralisés, soubresauts des tendons.

Toujours pas de paralysie du mouvement, légère hémianesthésie à droite.

Incontinence d'urine et des matières fécales, langue sèche, rubanée, fuligineuse.

31. — La masse cérébrale herniée est bien pédiculée; excision après ligature au catgut du pédicule.

1er avril. — Plaie sèche. Pédicule noir, sec; odeur infecte. Etat

général très mauvais. Langue fuligineuse. Evacuations involontaires. Hémiplégie du côté droit.

2. — La température s'élève encore : 40° le matin, 41° le soir. Nouvelle hernie du pédicule ; la plaie est de nouveau comblée par une masse cérébrale étalée, sphacélée.

Le soir coma, sueurs profuses.

3. — T. 41°,2 mort à 10 h. 1/2 du matin.

Autopsie. — *Poumons.* — Congestion à la partie postérieure des deux poumons. — Pas de pneumonie. — Pas de pleurésie.

Cœur. — Sain.

Foie. — Sain.

Reins. — Sains.

Nulle part on ne trouve d'abcès métastatique.

Crâne. — Décollement du cuir chevelu sur une étendue de trois centimètres le long du bord inférieur de la plaie.

Le crâne présente une perte de substance qui siège sur le pariétal gauche, elle est allongée d'avant en arrière ; son grand axe est à peu près parallèle au bord supérieur de l'écaille du temporal. Son diamètre horizontal est de 4 centimètres, le vertical de 1 centimètre 1/2 en avant, de 2 centimètres 1/2 en arrière.

L'extrémité antérieure est à 4 centimètres de la suture fronto-pariétale, la postérieure à 2 centimètres de la suture occipito-pariétale.

Le bord postérieur est aussi biseauté aux dépens de cette table externe, mais beaucoup plus obliquement en haut qu'en bas, de sorte qu'à la partie supérieure il existe un écart de 1 centimètre entre les deux lèvres.

C'est à cette partie postérieure de la plaie du crâne que correspondait l'esquille qui a été retiré le dixième jour.

L'extrémité antérieure est irrégulière et constituée par une esquille dont le bord postérieur dentelé limite en avant la perte de substance tandis que son bord antérieur régulièrement demi-circulaire est solidement adhérent à l'os sain.

Le bord supérieur est taillé en biseau un peu aux dépens de la table interne en avant, beaucoup aux dépens de la table externe en arrière.

De ce bord supérieur, à un demi-centimètre de son extrémité antérieure, part une félure qui se dirige en haut presque verticalement, cependant avec une légère obliquité en arrière, dans une étendue de 5 centimètres.

De l'angle de réunion du bord postérieur et du bord inférieur part un large trait de fracture à bords nets qui après un trajet direct de 15 millimètres atteint la surface temporo-pariétale ; il suit cette suture sur une longueur de 12 millimètres puis la suture temporo-occipitale sur une longueur de 5 à 6 millimètres et se

détache de cette dernière pour se porter en bas et en arrière jusqu'au trou occipital, suivant une ligne onduleuse qui représente assez bien la succession de deux *s* italiques bout à bout. Il atteint le trou occipital à 13 millimètres en arrière du condyle.

Autour de la perte de substance, et surtout en arrière et en bas, on trouve des lésions d'ostéite : vascularisation de l'os, agrandissement des canalicules osseux.

Dure-mère. — Pas d'adhérences de la dure-mère au crâne.

La face interne de la dure-mère ne présente d'adhérences qu'autour de la plaie du cerveau.

Encéphale. — La plaie du cerveau siège sur le lobe pariétal, à 5 centimètres en avant de l'extrémité postérieure de l'hémisphère, immédiatement en arrière de l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius; elle a 5 centimètres de long environ; elle comprend le pli-courbe, le lobule du pli-courbe et empiète sur la partie postérieure et supérieure des circonvolutions temporales. C'est une excavation anfractueuse à bords déchiquetés, noirâtres, à fond irrégulier, pleine de détritus de substance cérébrale sphacélée. Sur toute la périphérie du foyer, la dure-mère est très adhérente et présente dans une étendue de 1 centimètre en avant, de 3 centimètres en arrière une teinte absolument noire coupée de marbrures verdâtres. La plaie se trouve limitée par les adhérences de la dure-mère, en bas, en avant et en arrière. Mais en haut on voit une nappe purulente prolonger le foyer sous la dure-mère passant sur le bord supérieur de l'hémisphère puis sur sa face interne; ici elle a pour limite postérieure la scissure des hippocampes, pour limite antérieure le lobule paracentral et envahit par conséquent le lobule quadrilatère et le coin. — De là cette couche de pus s'étend sur la face supérieure du cervelet et le contourne près de ses pédoncules pour gagner le canal rachidien.

Mais en outre il existe une méningite généralisée et suppurée. A la face inférieure, le chiasma des nerfs optiques baigne complètement dans le pus; sur la face externe de l'hémisphère gauche, on trouve des traînées de pus le long des sillons sous la pie-mère et qui sont sans communication aucune avec le foyer primitif. Toute la scissure de Sylvius, les sillons qui séparent les circonvolutions frontales, toute la scissure calloso-marginale sont ainsi envahis Sur toute la surface de l'hémisphère, la pie-mère est très adhérente et quand on la décolle avec des pinces, elle laisse à découvert un piqueté très marqué. La substance cérébrale est complètement ramollie, diffluente.

L'hémisphère droit présente les mêmes lésions de méningo-encéphalite diffuse. — Traînées de pus dans le scissure de Sylvius et dans tous les sillons du lobe frontal et du lobe pariétal.

Dans les ventricules latéraux, il n'y a pas de pus mais seulement du liquide louche ; les parois présentent une vascularisation considérable.

Dans le quatrième ventricule existe une couche de pus.

Les nerfs crâniens ne sont accompagnés par le pus que dans leur trajet intra-crânien.

Il y en a dans le conduit auditif-interne du côté gauche.

Moelle. — Une nappe purulente épaisse, de consistance pâteuse, enveloppe complètement la moelle jusqu'à son extrémité inférieure et le pus accumulé forme un véritable foyer au niveau de la queue de cheval.

Le pus ne suit pas les nerfs rachidiens et s'arrête partout aux culs-de-sac de la dure-mère.

Réflexions. — Laissant de côté l'intérêt que peut présenter cette observation au point de vue des localisations cérébrales et des rapports entre les symptômes observés et les altérations anatomiques constatés, je veux seulement présenter quelques remarques au point de vue du mécanisme même de la hernie de l'Encéphale.

1° Immédiatement après l'accident, il s'est fait une hernie primitive ou immédiate. Cette hernie a eu pour cause deux influences qui on agi concurremment : d'une part, une assez vaste perte de substance de la boîte crânienne et en second lieu la lacération de la surface de l'encéphale dans une partie correspondante. Je crois cette seconde condition nécessaire car dans la trépanation alors même qu'on multiplie les couronnes pour obtenir une vaste ouverture du crâne, il ne se produit pas de hernie ; c'est qu'en effet la continuité même des circonvolutions malgré l'impulsion qu'elles reçoivent de l'hexagone astériel, est alors un obstacle à la sortie de l'encéphale. — Il n'en est plus de même lorsqu'un point du cerveau est détruit ; l'uniformité dans la répartition des mouvements est rompu et d'autre part les parties atteintes, ayant perdu de leur cohérence, sont immédiatement soulevées et viennent s'enclaver dans l'ouverture du crâne.

2° Un certain temps après l'accident des hernies

consécutives ou secondaires se sont produites. — Celles-ci relèvent d'un mécanisme différent de la hernie primitive. — Elles ont pour caractère propre de se produire par poussées successives ; par là, je veux dire qu'un jour une certaine portion vient en dehors et que quelques jours après ou le lendemain même, une nouvelle partie du cerveau s'engage à la suite des précédentes qu'elle pousse de plus en plus à l'extérieur. La masse cérébrale s'étale ainsi comme un champignon en dehors du crâne et présente un pédicule plus étroit dans l'anneau osseux.

L'étude anatomo-pathologique de cette pulpe cérébrale fournit les données les plus positives sur le mécanisme de la hernie. — Lorsqu'on prend cette pulpe, qui tombe d'ailleurs en gangrène, et qu'on l'examine histologiquement, on voit qu'elle est infiltrée partout de nombreux foyers hémorrhagiques. Ces foyers ont parfois le volume d'une lentille, d'un grain d'orge, d'autrefois ils sont beaucoup plus petits ; il y en a de récents et de plus anciens qui remontent probablement au jour de la blessure. Ces foyers sont visibles à l'œil nu ; il y a eu de plus des extravasations sanguines qui ne constituent pas des foyers proprement dits. En même temps on constate une encéphalite intense dans toute la partie herniée ; des globules de pus et des éléments embryonnaires jeunes sont répandus à profusion dans la pulpe cérébrale ; inutile d'insister sur ce fait que les tubes nerveux sont détruits, rompus, en voie de régression et de disparition.

Le fait saillant qui découle de cet état est celui-ci : la pulpe cérébrale est le siège d'un gonflement propre dû aux hémorrhagies secondaires d'une part et à l'inflammation de l'autre. Par suite de cette tuméfaction l'encéphale tend à se soulever et à proéminer dans

l'orifice extérieur et comme l'inflammation procède par poussées successives ainsi que les hémorrhagies qui l'accompagnent, — hémorrhagies produites par la contusion cérébrale elle même — il en résulte que la projection au dehors correspond à ces poussées.

Ainsi s'expliquent, à mon sens, les hernies consécutives avec ce caractère de succession qui leur est particulier.

En résumé, les altérations de l'encéphale qui amènent le gonflement localisé et circonscrit de la pulpe cérébrale dans une région limitée, deviennent ainsi les causes déterminantes de la hernie ; elles sont aidées par toutes les influences qui poussent le cerveau vers l'extérieur. D'après cela, l'apparition successive de nouvelles parties du cerveau au dehors indique que le processus inflammatoire n'est pas éteint et qu'il gagne les parties plus profondes.

UN CAS D'APHASIE INTERMITTENTE

Un médecin de province nous communique l'observation suivante, qui représente une sorte d'autobiographie :

Le 20 avril 1880 je me rendais chez un malade dans un village éloigné de cinq kilomètres de ma demeure, quand, traversant un bois, je voulus demander mon chemin à des bûcherons qui travaillaient dans cet endroit, mais il me fut impossible d'articuler un seul mot intelligible. Je savais très bien ce que je voulais dire,

mais je ne pouvais pas exprimer ma pensée ; je bredouillais sans arriver à me faire comprendre. Les bûcherons crurent que je parlais un patois qu'ils ne connaissaient pas.

Or, rien dans mon état ne pouvait faire pressentir cette brusque attaque d'aphasie ; je n'avais éprouvé aucun malaise, je jouissais d'une santé excellente à part quelques crises de migraine. Un certain nombre de minutes après le début de l'accès, je sentis des fourmillements et des secousses convulsives dans la main droite ! j'étais en voiture ; les guides de mon cheval échappèrent de ma main : je pouvais encore imprimer quelques mouvements au bras droit, mais il m'était impossible de saisir un objet quelconque, je ne sentais plus le contact des corps extérieurs ; j'étais paralysé. Effrayé, je rentrai rapidement à la maison ; j'avais parfaitement conscience de ma situation : je me voyais frappé d'une attaque d'apoplexie.

Rendu chez moi, je voulus raconter ou plutôt faire comprendre à ma femme ce qui m'était arrivé : il me fut impossible de prononcer un seul mot intelligible. Je fis signe que je voulais écrire. On m'apporta ce qu'il fallait pour cela, mais je ne fus pas plus capable de traduire ma pensée par l'écriture que par la parole. Enfin, après bien des tentatives infructueuses, je pus prononcer le mot *sang*. Ce fut tout. On comprit que je voulais être saigné, ce qui était bien mon idée. Il était alors trois heures de l'après-midi. On m'appliqua vingt sangsues à l'anus. A cinq heures, je perdis connaissance et je fus pris de convulsions épileptiformes suivies d'un coma qui se prolongea jusqu'au lendemain matin. A 10 heures, je revins à moi, je prononçai quelques paroles intelligibles et je pus faire mouvoir mon bras sans trop de difficulté. Dans la journée je parlai à peu près bien. Dès le lendemain la parole était revenue, les mouvements du bras étaient parfaitement libres. L'attaque n'avait laissé aucune trace appréciable.

Ma santé fut excellente jusqu'au 17 du mois de mai. Ce jour-là, nouvelle attaque ; (début brusque comme pour la précédente, aphasie complète, fourmillements et mouvements convulsifs de la main droite suivis de paralysie). Les accidents durèrent vingt minutes puis disparurent complètement. Pendant deux mois, santé parfaite.

Le 20 juillet, troisième attaque. — (Aphasie complète — fourmillements et mouvements convulsifs dans la main droite — perte de connaissance — coma depuis le mardi dans l'après-midi jusqu'au jeudi — saignée du bras dont je n'ai pas eu conscience ; — enfin retour à la santé.)

Le 15 août quatrième attaque. (Aphasie complète ; — fourmillements et mouvements convulsifs dans la main droite, mais pas de perte de connaissance. Durée 30 minutes.)

Le 20 septembre, le 18 octobre, le 21 novembre, le 21 décembre

attaques ayant duré chacune à peu près le même temps que la précédente, c'est-à-dire une demi-heure, et ayant présenté les mêmes caractères.

Le 10 janvier 1881, le 25 février, le 18 mars, le 20 avril, le 22 juin, le 19 juillet, crises semblables aux précédentes et d'une durée égale.

Le 15 août quinzième attaque. — (Aphasie complète. — Fourmillements et mouvements convulsifs dans la main droite. — Paralysie du bras droit. — Perte de connaissance. — Coma. — Durée de la crise : 28 heures, de (1 heure de l'après-midi jusqu'au lendemain soir à 5 heures.) — Rétablissement complet.

Le 11 septembre, le 18 octobre, le 22 novembre, le 17 décembre de l'année 1881 attaques semblables à celles qui se sont produites du mois de janvier au mois de juillet. Même durée (vingt minutes environ).

Le 20 janvier 1882, vingt et unième attaque; durée 30 minutes.

Le 25 février, vingt-deuxième attaque ; durée 10 minutes.

Le 12 mars, vingt-troisième attaque ; durée 15 minutes.

Le 26 avril, vingt-quatrième attaque. (Aphasie incomplète, accidents du côté du bras et de la main d'une durée de 10 minutes.)

Le 17 mai, vingt-cinquième attaque. (Aphasie pendant 30 minutes. Pas d'accidents du côté du bras.)

Le 25 juin, vingt-sixième attaque. — (Aphasie depuis 9 heures du soir jusqu'à 3 heures du matin. — Quelques petites secousses convulsives dans la main).

Juillet et août, pas d'attaque.

Le 12 septembre, en revenant de la chasse, vingt-septième attaque d'aphasie. — (Durée 25 minutes. — Quelques secousses convulsives dans le bras).

Octobre, pas d'attaque.

Le 13 novembre, vingt-huitième attaque d'aphasie. Du côté du bras, fourmillements, secousses convulsives, paralysie. Durée 20 minutes.

Le 26 décembre au milieu d'un accès violent de migraine, aphasie pendant 10 minutes ; rien du côté du bras.

Aujourd'hui 19 janvier 1883 ; j'attends la trentième attaque.

Dans l'intervalle des accès, je jouis d'une excellente santé à part des migraines qui ont commencé, il y a un grand nombre d'années, à une époque que je ne puis fixer.

Pendant ces attaques, le plus souvent, je ne puis rien articuler d'une façon intelligible et lorsque je parviens à prononcer quelques mots correctement, ceux-ci sont toujours suivis de paroles incompréhensibles. Voici quelques échantillons de mon langage :

Je né pas rien di pour je ne puis rien dire ;

Rien dutos pour rien du tout ;

Comme je cobre pour comme je cause;

Ma tende pour ma tête ;

J'ai sufumert pour j'ai souffert.

J'ai soixante ans ; je le répète, je jouis d'une santé excellente ; mes urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Nous complèterons cette intéressante observation en ajoutant que le malade ne présente aucune altération appréciable du cœur ni des vaisseaux.

Il est soumis depuis quelques semaines à un traitement dont il est inutile d'indiquer les détails, puisqu'il serait impossible, en ce moment, d'en apprécier l'efficacité.

Mais le point le plus intéressant de cette curieuse histoire, c'est qu'il s'agit évidemment d'une ischémie cérébrale fonctionnelle, analogue à celle que nous avons décrite, dans le premier numéro de l'*Encéphale* (mars 1881)

En effet, l'unique déplétion sanguine qui ait été pratiquée a déterminé une notable aggravation des accidents, et des convulsions épileptiformes, qui n'ont paru que cette seule fois.

Les autres attaques, à l'exception d'une seule, n'ont été que de courte durée. Il est donc évident que l'application de sangsues, loin d'améliorer la situation, l'a notablement aggravée, ce qui confirmait le diagnostic d'ischémie.

D'autre part, l'intermittence si marquée des accidents, et la durée extrêmement courte de chacune de leurs manifestations, ne saurait se concilier avec le diagnostic d'une lésion organique (hémorrhagie, tumeur ou ramollissement.) On peut, au contraire, les rattacher avec assez de probabilité à cet état mal défini, mais visiblement lié à un trouble fonctionnel de la circulation cérébrale, que nous appelons *migraine*. On sait, en effet, que très souvent la migraine se complique d'un certain degré de perturbation de la faculté du langage, et que presque toujours, pen-

dant la durée de l'accès, la facilité d'élocution du malade est notablement diminuée.

J'ai connu un homme fort intelligent, qui, depuis l'âge de dix-sept ans, était sujet à des migraines revenant tous les mois, et présentant une très grande intensité. A la suite de chaque migraine, il était aphasique pendant quelques jours.

Il est intéressant de remarquer, que dans tous les faits que j'ai signalés, ainsi que dans quelques autres cas qui ont été publiés à la suite de mon travail, il existait un trouble plus ou moins accentué de la faculté du langage.

Il est donc permis de croire qu'entre ces manifestations symptomatiques, et l'ischémie cérébrale fonctionnelle, il existe un rapport dont il est difficile en ce moment d'apprécier la portée, mais qui très certainement résulte d'un trouble profond de la circulation intra-crânienne. Dans l'état actuel de nos connaissances, il faut nous borner à signaler le fait, en attendant que nous puissions mieux en saisir le mécanisme interne.

B. BALL.

UN CAS DE LÉSION DE LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE

Par Georges BELLANGÉ

Chef du laboratoire de la clinique des maladies mentales.

La protubérance annulaire est une de ces régions des centres nerveux dont la physiologie n'est pas aussi bien connue qu'on serait tenté de le croire de prime abord d'après la lecture des traités de physiologie. Nous publions aujourd'hui l'observation que

nous croyons être des plus intéressantes d'un malade que l'on a pu voir durant plusieurs mois à l'hôpital Laennec dans le service de M. Ball, et nous essaierons d'en tirer des déductions au point de vue des troubles observés lors des lésions de cette partie de l'encéphale.

Le 11 septembre 1881 entrait à l'hôpital Laennec, salle Beau, lit n° 26, D..., âgé de 52 ans, qui donnait les renseignements suivants : son père était mort à 60 ans d'apoplexie foudroyante, et sa mère avait succombé jeune encore à une péritonite suite de couches; ses frères et sœurs étaient bien portants et aucun d'eux n'avait présenté les symptômes d'une maladie analogue à la sienne; quant à lui il n'avait jamais fait de maladie sérieuse, il y a trente ans toutefois il avait contracté un chancre dont il ne peut dire la nature, il n'a pas à cette époque constaté d'adénite inguinale et bien qu'il n'ait suivi aucun traitement interne, il n'a jamais eu de manifestations syphilitiques cutanées ou muqueuses. Il y a quinze ans environ il habita pendant quelque temps un logement humide, et ressentit à cette époque quelques douleurs, que l'on prit pour des accidents rhumatismaux; elles allaient de la partie postérieure à la partie antérieure du corps du côté gauche et avaient une certaine acuité; quelque temps après, il fut pris de vomissements bilieux et, chose à noter, les douleurs des membres disparurent complètement pendant quelques semaines. Il y a huit ans il éprouva de vives douleurs en ceinture ainsi qu'une sensation de constriction au niveau des principales jointures. A cette époque les douleurs en éclairs des membres sont plus vives, et déjà la marche commence à être gênée, deux ans après paralysie des deux moteurs oculaires communs, diplopie et strabisme; il y a trois ans, à quatre reprises différentes, le malade a éprouvé dans le cou et dans la région parotidienne des douleurs ressemblant à des piqûres d'épingle, dans le même moment il eut dans la tête la sensation de coups de marteau et vers cette époque un médecin qui l'explora s'aperçut qu'il avait de l'analgésie.

Le jour de son entrée à l'hôpital M. Ball constate les symptômes suivants : les yeux présentent un certain degré d'exophthalmie; l'œil droit est en strabisme externe de la

façon la plus manifeste, il permet du reste aussi bien que le gauche l'exercice de la vision, et la diplopie n'existe, cela va sans dire, que lorsque les deux yeux regardent ensemble : la pupille droite est plus dilatée que la gauche.

Il existe dans les membres des douleurs fulgurantes très vives, il y a aussi des douleurs en ceinture, qui s'exaspèrent paraît-il à certaines époques car il y a trois semaines D... a éprouvé un accès des plus violents. Lorsque le malade marche il a une sensation de duvet sous la plante des pieds, et si la marche en pleine lumière se fait en projetant seulement un peu le pied droit, elle est tout à fait impossible dans l'obscurité il y a perte du sens de position. En somme, sous ce rapport, le malade présente des symptômes bien avérés d'ataxie locomotrice, mais ce qu'il y a surtout d'intéressant c'est la sensibilité. Celle du tact (l'esthésie) ainsi que la sensibilité thermique sont normales et lorsqu'on les explore suivant les méthodes ordinaires on ne constate de la part du malade ni retard, ni erreur de lieu, la sensibilité électrique est intacte ; mais, chose curieuse, lorsqu'on pique fortement le malade au moyen d'une épingle, il sent parfaitement ce contact, mais n'éprouve absolument aucune douleur, et cela en quelque endroit qu'on fasse cette expérience ; ainsi donc analgésie généralisée même au visage car on peut tirer fortement les poils de la moustache du malade sans qu'il éprouve aucune sensation désagréable. L'exploration de la sensibilité par le compas de Weber pratiquée dès son entrée par mon collègue Thibierge, alors interne du service, donne les résultats suivants :

Face interne de la cuisse des deux côtés.	1/2 centim.
Face externe de la cuisse droite.........	118 mm.
— — gauche........	111 mm.
Plante du pied droit....................	40 mm.
— — gauche..................	26 mm.
Face dorsale de la main droite...........	63 mm.
Face palmaire — —	23 mm.
Face dorsale de la main gauche..........	52 mm.
Face palmaire — —	41 mm.
Thorax des deux côtés..................	48 mm.

Les symptômes d'ataxie étant si nets il est inutile d'ajouter que les réflexes tendineux rotuliens étaient abolis.

La sensibilité du tact qui existait ainsi que nous venons

de le voir lors de l'entrée du malade à Laennec disparut progressivement et dans les derniers mois de sa vie, l'anesthésie qui était en certains points incomplète, était aux conjonctives tellement caractérisée qu'on pouvait impunément les chatouiller sans provoquer le réflexe du clignement.

Nous ne suivrons pas jour par jour le malade dans les phénomènes peu saillants du reste qu'il a présentés. Quelques jours avant sa mort il éprouva une grande difficulté dans la miction et l'on put constater qu'il y avait à la fois parésie des fibres musculaires de la vessie et légère contracture du sphincter de cet organe. Bientôt il survint chez lui de la congestion pulmonaire et il succomba le 17 à une pneumonie hypostatique et aussi du fait de l'escarre qu'avait amenée le décubitus prolongé au lit et la cachexie nerveuse.

L'autopsie fut pratiquée le lendemain : les viscères thoraciques furent ainsi que les splanchniques trouvés sains, et le cerveau ainsi que la moelle furent mis à durcir dans le liquide de Muller en attendant que l'on en pratiquât l'examen.

Quelques semaines après M. Ball pria M. Luys de vouloir bien assister à l'examen du cerveau.

Avant de faire des coupes, la question de la localisation encéphalique de la lésion qui pouvait produire une analgésie généralisée fut discutée. Où pouvait se trouver la lésion sur la nature de laquelle il était impossible de s'expliquer. Comme le fit remarquer M. Luys, il fallait nécessairement, étant donné les connaissances physiologiques actuelles, ou que la lésion fut double et atteignit les couches optiques ou les capsules internes, ou bien si la lésion était médiane qu'elle se trouva dans la protubérance annulaire.

Le cerveau fut coupé en tranches très fines et avec le plus grand soin, et rien absolument rien ne put être constaté ni dans la substance grise cérébrale, ni dans la substance blanche sous-jacente, ni dans les

noyaux centraux. Le cervelet était absolument intact. M. Luys emporta la protubérance, le bulbe et la moelle afin de les examiner à loisir et d'en pratiquer des coupes, et il trouva qu'il existait au milieu de la protubérance un énorme foyer de ramollissement ainsi qu'il l'avait prévu, et dans la moelle les lésions de l'ataxie. Cette coïncidence d'un ramollissement protubérantiel et des lésions du tabes dorsalis n'est pas unique dans la science, nous en avons trouvé un autre cas, signalé dans la *Revue des Sciences médicales;* enfin, par un singulier hasard un an auparavant, encore dans le service de M. le professeur Ball, on avait rencontré dans une autopsie les deux mêmes lésions associées, les pièces avaient été examinées au laboratoire de l'hôpital Laennec par M. le Dr Damaschino.

Malheureusement nous n'avons point les observations cliniques de ces deux faits qui restent par conséquent sans valeur pour la science au point de vue symptomatologique.

Si nous nous demandons comment peut s'expliquer l'analgésie généralisée, nous en trouvons facilement l'explication dans la structure de la protubérance. On sait en effet que dans cet organe qui est impair et médian il suffit d'une lésion peu étendue pour avoir des troubles très généralisés; et, si l'on réfléchit que la portion sensitive située en arrière des prolongements des pyramides antérieures du bulbe occupe peu d'espace, on conçoit facilement qu'une lésion limitée à cet endroit puisse atteindre la sensibilité seule. C'est ce qui avait lieu dans le fait que nous rapportons et s'il n'y avait pas de paralysie ni de contracture c'est que ces faisceaux-là seuls étaient lésés.

Il y a une chose qui peut étonner de prime abord

c'est que l'on n'ait pas rencontré chez notre malade de l'hémiplégie alterne. Pour expliquer l'absence de ce symptôme, deux raisons peuvent être invoquées : la première c'est que les cordons sensitifs seuls étaient lésés, la seconde que la lésion se trouvait au-dessus d'un plan médiann passant perpendiculairement par le milieu de la protubérance, or l'on sait qu'à ce niveau la décussation des fibres du facial a eu lieu.

Il est un point qui a frappé tous ceux qui ont étudié les lésions de la protubérance c'est, comme nous le disions au début, les modalités différentes suivant lesquelles se comporte cet organe d'après le volume et le siège de ses lésions. Il est d'observation journalière qu'un grand nombre de vieillards présentent sur la table de l'amphithéâtre de petites lacunes protubérantielles sans avoir offert durant leur vie de symptômes corrélatifs. N'en était-il pas de même dans un fait communiqué en 1873 par M. Blain, à la Société anatomique et où nous voyons des tubercules de la protubérance qui n'ont donné lieu pendant la vie à aucun symptôme.

D'autres fois, au contraire, la sensibilité est peu lésée ; c'est ainsi que dans l'*Union médicale*, de 1873, nous trouvons une note de M. Desnos relative à une femme emportée quinze jours après une attaque d'apoplexie par une hémorragie formidable du rein droit. Elle n'avait présenté ni hémiplégie alterne, ni dyspnée, ni albuminerie. Les phénomènes observés étaient : une hémiplégie droite complète du mouvement, une hémiplégie incomplète de la sensibilité du même côté et la rotation de la tête à droite avec déviation conjuguée des yeux du même côté. L'hémorragie occupait le lobe gauche de la protubérance annulaire : on voyait une légère fusée vers la ligne médiane et le lobe droit à quelques millimètres au-

dessus du plancher du quatrième ventricule. M. Desnos fait remarquer que ce fait est une confirmation des observations de M. Prévost qui a posé en principe que lorsque la rotation de la tête et la déviation conjuguée ont lieu du même côté que l'hémiplégie, il s'agit d'une lésion d'une partie constituante de l'isthme.

La loi posée par Prévost n'est pas vérifiée dans toutes les circonstances ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant l'observation consignée dans l'atlas d'anatomie de M. Lancereaux.

Ce qui paraît ressortir de ce qui précède, c'est que :

1° Dans un certain nombre de cas, par une coïncidence inexpliquée jusqu'à ce jour, les lésions de l'ataxie locomotrice peuvent coexister avec un foyer de ramollissement protubérantiel.

2° Malgré la diversité des symptômes dans les lésions de la protubérance, il y en a trois qui ont une certaine valeur, à savoir : L'hémiplégie alterne dont Gubler a démontré la cause et donné l'explication physiologique; — assez souvent, mais non toujours, la rotation de la tête et la déviation conjuguée ayant lieu du même côté que l'hémiplégie ; — enfin la perte généralisée d'une ou de plusieurs sensibilités, mais en particulier de l'algésie comme cela ressort évidemment de notre observation.

UN CAS
DE TUMEUR CÉRÉBRALE
POUVANT ÉCLAIRER LA PHYSIOLOGIE DE LA COUCHE OPTIQUE.

Par le Dr ROUSSEAU
Médecin-Directeur de l'asile d'Auxerre.

Le nommé Alexandre-Victor C..., âgé de 35 ans, ouvrier chapelier, est entré dans l'établissement le 29 décembre 1878. Il est atteint de lypémanie. Nous ne possédons aucun renseignement sur les causes de cette affection. Il a été blessé à la tête par un éclat d'obus à la bataille de Sedan; en 1865, il a contracté une syphilis très grave; un de ses cousins a été interné à l'Asile comme aliéné. Il existe chez ce malade des idées de persécution de toute nature qui sont provoquées et entretenues par de vives hallucinations. Il s'agite souvent et devient alors redoutable. Il se croit entouré d'ennemis, on lui porte des coups terribles, on lui fait de profondes blessures, on lui incise la peau et, ce qu'il y a de très remarquable, c'est qu'il est profondément anesthésique. Il entend le clairon qui lui sonne la mort, on lui fait respirer de mauvaises odeurs, il sent des gouttes d'eau qui lui tombent sur le cœur, il aperçoit des personnages imaginaires à travers les vitres des fenêtres, il se dispute avec eux et les accable d'injures. Il prétend que sa mère qui s'était faite religieuse a été violée sous ses yeux. Quand il est calme, il s'occupe régulièrement, parle seul, à voix basse, sans qu'on puisse le comprendre et rit sans motif; mais lorsqu'il s'agite il revoit ses ennemis, devient furieux et cherche à assommer les personnes qui l'entourent. En étudiant la pathogénie de ces accès, nous avons constaté qu'ils étaient invariablement précédés d'embarras gastrique et d'hyperémie cérébrale et, après quelques tâtonnements, nous sommes parvenu à les faire avorter très facilement au moyen de l'administration de l'huile de croton. Il avait lui-même une conscience parfaite de l'efficacité de ce remède et venait spontanément le réclamer quand ses voies digestives et sa tête s'embarrassaient.

Au commencement du mois de juillet 1882, il se plaint de violentes céphalalgies, il se sent affaibli, courbaturé et n'a plus aucune aptitude pour le travail On le fait passer à l'infirmerie. Le sulfate de quinine ne produit aucun résultat; l'iodure de potassium le soulage d'abord, puis perd progressivement toute activité, néanmoins on en prolonge assez longtemps l'administration à cause de

ses antécédents syphilitiques et parce que les douleurs sont toujours plus violentes pendant la nuit.

25 août. — Il maigrit considérablement, la céphalalgie est continue, elle occupe tout le côté gauche du crâne et est plus violente en arrière. Pendant la nuit, il parle et rêvasse.

24 septembre. — Se plaint de ne plus voir et de ne plus entendre.

27 septembre. — 80 pulsations. — Délire continuellement et surtout pendant la nuit. Quelquefois il se met à chanter. Les sens de la vue et de l'ouïe sont notablement affaiblis; il demande pourquoi la nuit n'en finit pas, et quand on lui parle, il n'entend plus rien. La sensibilité cutanée est nulle aux bras, mais assez vive sur la paroi abdominale. Le ventre est déprimé en carêne, on y produit la tache méningitique qui persiste près de 24 heures.

Quoique très faible, les mouvements sont encore faciles et il s'installe sur une chaise pendant qu'on fait son lit.

La constipation est opiniâtre.

2 octobre. — De plus en plus faible. Halluciné, cause avec des personnages imaginaires. La projection d'un rayon de lumière n'impressionne plus la rétine, les pupilles restent moyennement dilatées, la sensibilité de la conjonctive est nulle. Dans certains moments, il paraît entendre mieux. Il demande spontanément à boire, il mange un peu de potage. L'odorat est conservé, car lorsqu'on lui présente une potion de Todd, il dit que « ça sent l'eau-de-vie » et il renouvelle cette réflexion à chaque fois que la même préparation lui est offerte. Il existe du tremblement musculaire, les lèvres se sèchent, les excrétions s'écoulent involontairement.

7 octobre. — Tombe dans le coma; se réveille de temps à autre, prononce quelques paroles quand on l'excite. La température baisse, le thermomètre marque 36 degrés, l'anesthésie s'est reproduite.

20 octobre. — Le pouls augmente de fréquence, il oscille entre 100 et 120 pulsations. Quand il sort de son assoupissement, il exécute encore quelques mouvements, change même tout seul de chemise. Constipation; alternatives de pâleur et de rougeur de la face; la sensibilité cutanée a reparu.

25 octobre. — Il est un peu plus éveillé et prononce quelques paroles incohérentes. Le facies est profondément altéré, il rêvasse, gémit; les muscles sont agités par des tremblements fibrillaires, il exécute quelques mouvements carphologiques. La soif qui s'était supprimée reparaît assez vive.

28 octobre. — Des escarres se produisent à la région sacrée.

30 octobre. — 112 pulsations. — Quand on l'excite, il fait entendre quelques monosyllabes. Porte continuellement ses mains à la tête, au nez, à la bouche.

31 octobre. — La sensibilité est toujours assez vive à la partie antérieure du thorax. Tendance au refroidissement. 106 pulsations.

3 novembre. — Tout le corps devient livide, le pouls est insen-

sible, les bras sont sans cesse en mouvement. Il a encore proféré quelques paroles incohérentes.

Décédé le 4 novembre, à 1 heure du matin.

Autopsie pratiquée 33 heures après la mort, avec le concours de M. le docteur Chadzynski, médecin-adjoint de l'Asile.

Le cuir chevelu et les parois du crâne ne présentent rien de particulier.

La surface externe de la dure-mère apparaît violacée, arborisée et congestionnée ; les veines qui la sillonnent sont gorgées de sang. Au-dessus de la voûte orbitaire gauche, cette membrane épaissie et dégénérée adhère tellement à la surface osseuse qu'il est impossible de l'en arracher.

L'arachnoïde et la pie-mère sont le siège d'une hyperémie générale; elles présentent une coloration d'un rouge éclatant, comme si elles avaient été recouvertes de sang.

Le liquide céphalo-rachidien est moins abondant qu'à l'état normal.

La surface du cerveau est finement injectée et d'une façon uniforme. Le chiasma des nerfs optiques, le nerf olfactif et les racines des autres nerfs crâniens paraissent indemnes de toute lésiou.

Le lobe gauche du cerveau pèse.............	700 gr.
Le lobe droit................................	600
Le cervelet, l'isthme, le bulbe pèsent.........	200
Le poids total de l'encéphale est donc de	1.500 gr,

Le corps calleux est ramolli.

Hémisphère gauche. — Il est le siège d'une production néoplasique qui l'a envahi en grande partie. Malgré l'état de délabrement de cet organe, nous nous sommes efforcé de préciser autant que possible les rapports du processus destructif avec les régions ambiantes.

L'extrémité antérieure du lobe frontal, excepté à la base, a été entièrement absorbée par le tissu de nouvelle formation, dans une étendue de trois à quatre centimètres. Les membranes épaissies, opaques, adhérentes sont appliquées directement sur la matière néoplasique où l'on ne retrouve plus aucune trace de l'élément cérébral. A la face inférieure seulement, la substance corticale est respectée.

De là, la tumeur s'enfonce profondément dans l'hémisphère et se termine dans le lobe postérieur, à la hauteur de la naissance de la corne occipitale du corps calleux. Elle envahit la substance blanche ainsi que les ganglions et c'est dès lors la substance corticale qui lui fournit une enveloppe dont l'épaiseur varie suivant les endroits, entre un et deux centimètres. Celle-ci, au pourtour de l'ouverture qu'elle forme en avant se montre indurée, d'une couleur sombre et comme vitreuse. Au centre de l'hémisphère, la tumeur détruit le noyau lenticulaire, la capsule interne ; en

dedans, elle prend en écharpe le noyau caudé, respecte la partie antérieure de la couche optique, puis pénétrant dans la profondeur de cette dernière, elle la désorganise complètement, à l'exception de ses faces libres ou ventriculaires qui sont réduites à l'épaisseur de quelques millimètres. En dehors, l'insula de Reil est intact ; mais l'avant mur et la capsule externe n'existent plus. En arrière, comme nous l'avons déjà fait remarquer, elle se termine dans le lobe occipital et, à cette limite, le tissu cérébral qui l'environne est réduit en bouillie ; tandis qu'un peu plus loin la portion épargnée présente encore du piqueté, des lacunes et une diminution de consistance.

La capacité du ventricule latéral est diminuée, sa surface interne est dépolie.

Hémisphère droit. — La substance corticale est saine, les circonvolutions sont libres et profondes. La substance fibreuse est légèrement injectée et manque de consistance. Cette dernière particularité se retrouve aussi dans le corps strié qui offre en plus une coloration jaunâtre. Le ventricule latéral est dilaté et renferme un caillot fibrineux.

La sérosité contenue dans les différentes cavités du cerveau est parfaitement limpide.

Le cervelet est ramolli ; la protubérance, les pédoncules cérébraux et le bulbe sont à l'état normal.

Le cœur est mou, flasque et décoloré ; il pèse 250 grammes. Les orifices et les valvules ne sont le siège d'aucune lésion.

Les poumons sont indemnes de toute néoplasie. Le droit est adhérent au diaphragme. Les autres organes sont sains.

La tumeur contenue dans l'hémisphère gauche présente les caractères suivants : elle est d'une couleur jaunâtre, de contexture granuleuse, elle est ferme dans certains endroits et diffluente dans d'autres. Examinée au microscope on constate qu'elle est composée de granulations moléculaires, de corps granuleux, réfractant fortement la lumière et de quelques débris conjonctifs. Elle offre donc les apparences morphologiques d'un agrégat tuberculeux.

Cette observation est intéressante à différents points de vue, et bien que, parmi les faits multiples qu'elle renferme, plusieurs soient négatifs, il est incontestable qu'elle peut être encore utilisée pou la vérification de quelques-unes des localisations cérébrales.

La tumeur dont nous avons donné la description avait envahi la partie antérieure des lobes fron-

taux, presque toute la substance blanche et n'avait respecté qu'une partie du noyau caudé et de la couche optique. Les centres d'élaboration sensitive, de perception et d'incitation motrice étaient donc gravement compromis et ceux de transmission ne présentaient plus que des vestiges qui encore étaient sensiblement altérés par le ramollissement.

Malgré l'étendue et la spécialité de ces altérations, les manifestations symptomatiques les plus communes telles que la paralysie motrice, les convulsions et l'aphasie, ne se sont pas produites. Toutefois les exceptions de ce genre sont assez fréquentes pour qu'on n'en soit que médiocrement surpris.

Mais ce qui mérite surtout de fixer l'attention c'est le rapport qui paraît avoir existé entre les anesthésies sensorielles et les lésions de la couche optique. Pour bien en comprendre la signification, il faut se rappeler que M. Luys considère ce dernier organe comme l'aboutissant des fibres sensitives des cordons postérieurs de la moelle et des principaux nerfs sensoriels. Ces différents tractus viendraient se mettre en rapport avec quatre noyaux de substance grise qui se rencontrent dans la couche optique et qui sont d'avant en arrière : le centre antérieur pour les impressions olfactives, le moyen pour les impressions visuelles, le médian pour les impressions sensitives générales et le postérieur pour celles qui se rapportent à l'ouïe. Dans ces centres d'élaboration, les excitations provenant du monde extérieur seraient condensées, subiraient une sorte de transformation par suite de l'action métabolique des éléments mis en vibration et, en dernier lieu, se trouveraient en quelque sorte spiritualisées avant de parvenir au sensorium commune. Quant aux fibres motrices, elles partiraient des cellules corticales,

se distribueraient dans les divers départements du corps strié pour se réunir plus loin et constituer les cordons antéro-latéraux de la moelle. Cette disposition aurait pour résultat de renforcer les incitations motrices avant de parvenir à la périphérie et de réagir sur le système musculaire.

Dans le cas qui nous occupe, et, d'après cette manière de voir, il semble que c'est uniquement à la situation pathologique de la couche optique qu'il faut rapporter les modifications survenues dans les appareils de relation. On sait, d'après les résultats de l'autopsie, que cet organe était sain dans une petite portion de sa partie antérieure et que tout le reste, excepté ses faces ventriculaires, dans une épaisseur de quelques millimètres, avait été englobé dans le tissu de nouvelle formation. De cette façon, le centre olfactif subsistait seul, tandis que les trois autres centres du ganglion étaient complètement détruits. Si la théorie de M. Luys est exacte, il devait naturellement en résulter la conservation de l'odorat, la perte de la vue et de l'ouïe et une anesthésie générale. On a vu dans l'exposé phénoménal de la maladie que tout s'était passé exactement de cette manière.

L'amaurose et la surdité se sont produites simultanément : la première est arrivée rapidement à son apogée, tandis que la seconde a évolué avec plus de lenteur. Quant à la sensibilité générale, elle a présenté des particularités assez remarquables. Au moment où le patient était atteint de son affection organique, il se trouvait déjà depuis longtemps, à titre de lypémaniaque, frappé d'anesthésie. Plus tard, lorsque par suite des progrès du processus pathologique, ses facultés intellectuelles se furent notablement affaiblies, la sensibilité cutanée se

réveilla et exclusivement à la partie antérieure de la poitrine où, en le pinçant, on le faisait vivement tressaillir. Au bout de quelques jours l'anesthésie se reproduisit dans le même endroit pour disparaître ensuite définitivement. Ces faits ne doivent pas être considérés comme en contradiction avec la théorie, et il est évident qu'on avait affaire purement et simplement à des mouvements réflexes qui se montrent, comme on le sait, d'autant plus énergiques que l'action cérébrale tend à se supprimer.

Le nerf olfactif était normal du côté de son origine apparente et dans ses rapports avec son centre spécial dans la couche optique. Plus loin, il était protégé jusqu'à sa terminaison intra-crânienne par la couche de substance corticale qui subsistait à la partie inférieure du lobe frontal. Aussi notre malade chez qui les impressions sensorielles du côté de l'ouïe et de la vue étaient abolies, distinguait-il parfaitement l'odeur de l'alcool qu'on lui administrait en potion. La perception avait lieu avant qu'on lui ait fait goûter le liquide, ce qui prouve que les surfaces gustatives n'intervenaient en aucune façon dans cette circonstance.

D'autre part, dans certaines tumeurs cérébrales et dans les méningites, il arrive parfois que les organes des sens sont compromis, mais ces accidents ne se manifestent en général qu'à la suite de la compression ou de la désorganisation des nerfs correspondants. Ici rien de semblable. La base de l'hémisphère malade était suffisamment éloignée de la tumeur et, du reste, le nerf auditif, pour son compte, se trouvait entièrement hors des atteintes de la lésion. Malgré certains symptômes observés pendant la vie, il n'existait pas non plus de phlegmasie proprement dite et la vive injection des méninges et de la surface du

cerveau semble devoir être rapportée à une hyperémie généralisée plutôt qu'à un processus inflammatoire. De plus, on ne constatait aucun exsudat et les liquides céphalo-rachidien et ventriculaire étaient clairs, transparents et sans mélange d'éléments étrangers.

On se demandera certainement pourquoi la lésion étant unilatérale, il n'en a pas été de même de la paralysie, et comment il se fait qu'après les attaques apoplectiques, les lésions en foyer des couches optiques sont rarement suivies de troubles du côté des sensibilités spéciales. Dans l'état actuel de la science, ces différentes questions sont difficiles à résoudre ; il faut se borner à recueillir les faits sans trop chercher à les expliquer, tant ils semblent parfois contradictoires. Dans la mémorable observation de Hunter, un double fongus hématode, intéressant les seules couches optiques, abolit toutes les fonctions de la vie de relation qui relèvent de ces organes, tandis que, dans des cas d'unitéralité, les impressions sensorielles se trouvent anéanties tantôt d'un seul côté, tantôt des deux à la fois.

Les mêmes indécisions phénoménales se rencontrent aussi dans les lésions en foyer. Le plus souvent ces dernières se compliquent d'hémiplégie transitoire avec ou sans anesthésie ; dans d'autres cas, les agressions sensorielles font partie du cortège symptomatique, et enfin, dans certaines circonstances qui ne sont pas bien rares, il se produit spontanément dans les couches optiques, comme dans d'autres parties du système nerveux, des altérations qui restent méconnues, car elles ne déterminent aucune manifestation objective, et qui ne sont révélées qu'indirectement par l'autopsie.

Les notions relatives aux localisations cérébrales

sont encore bien incomplètes, aussi doit on rechercher avec le plus grand soin tout ce qui serait de nature à élucider une des questions les plus intéressantes de la science médicale.

LYPÉMANIE ; ÉPILEPSIE A FORME IRRÉGULIÈRE

ACCÈS ÉLOIGNÉS ; TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE DE M. LE PROFESSEUR BALL ; GUÉRISON.

Par Maurice FUSIER

Premier interne à l'asile public d'aliénés de Bassens, près Chambéry (Savoie).

C..., Jean-Marie, entré à l'Asile de Bassens le 5 février 1881 : forgeron, célibataire.

Diagnostic à l'entrée : lypémanie.

Élevé par ses parents avec trop de faiblesse, paresseux, gourmand, ayant abusé des boissons alcooliques et en particulier de l'absinthe, C... nous arrive à l'âge de 36 ans.

Sa maladie que l'on ne peut attribuer à des prédispositions héréditaires, remonte à six mois au moins, peut-être à un an. Elle a débuté par de la torpeur générale, de la taciturnité, une horreur invincible du mouvement, une tendance accentuée à la somnolence doublée d'une tendance non moins violente aux actes génésiques. Renfermé dans un mutisme presque continuel, indifférent à tout, C... néanmoins est entré fréquemment dans des accès de fureur sous l'influence desquels il tenta de se porter à des voies de fait sur son père et sa mère. Il aimait à rester enfermé chez lui et tout d'abord on crut qu'il simulait la folie dans l'unique but de se soustraire au travail.

Il est vrai qu'à côté de ces renseignements officiels j'en pourrais placer de non moins certains peut-être nous représentant C... comme un excellent garçon et un ouvrier très adroit et laborieux, mais en proie depuis bien des années déjà à une mélancolie extraordinaire.

Quoi qu'il en soit, l'aspect du malade est peu sympathique : doué d'une assez bonne constitution, grand, maigre, le front développé mais fuyant, la tête en pointe, les yeux petits et sournois, le nez très accentué, la bouche grande, le menton en retrait, C... a dans

la physionomie quelque chose de sombre et de faux, je dirai même de méchant.

Un refus prolongé (dix jours environ) de prendre des aliments, cesse peu à peu et fait place bientôt à un appétit des plus rassurants; l'amélioration semble même se généraliser, amélioration plus apparente que réelle, ou du moins bien éphémère, car voici revenir les symptômes primitifs : tout travail est impossible; l'agriculture déplaît à ce malheureux et si, pour lui rappeler son ancien métier, on le conduit à la forge, il ne touche point aux outils qui l'environnent, devient hargneux, cherche querelle sans motif à tous ceux qu'il rencontre et finalement nous oblige à le ramener à son pavillon.

1er mars 1881. — Même état : encouragements et reproches, promesses et menaces, rien ne peut décider C... au travail : indiscipliné et querelleur, il nécessite une surveillance constante.

13 mars. — C... qui depuis quelques jours donne des signes non équivoques d'agitation, perd toute pudeur et se masturbe publiquement. On doit lui appliquer le manchon.

16 mars. — Le calme revient; le malade promet d'aller au travail.

20 mars. — Cette promesse n'a pas été tenue, mais, sa conduite devenant satisfaisante, on laisse au malade l'usage de ses mains.

1er mai. — On a de nouveau essayé, mais en vain, de résoudre C... à une occupation quelconque : c'est toujours la même paresse, toujours aussi la même indifférence.

Hydrothérapie et révulsifs.

Juillet. — C. se décide à aller au travail de temps à autre, mais il y est plutôt un élément de désordre qu'un agent utile.

1er septembre. — C. a travaillé durant quelques jours, mais avec mollesse; le dégoût d'ailleurs l'a bientôt repris, et, cette fois-ci encore, force a été de nous avouer vaincus.

15 septembre. — C. retourne au travail et s'y conduit vaillamment.

15 octobre. — Depuis un mois, C. est allé assidûment à la forge. Un changement notable s'est accompli : le malade cause volontiers, est sensible aux encouragements, se montre très intelligent et de plus fort docile ; le caractère est devenu plus ouvert et en même temps le physique s'amende : la figure change de coloration, prend quelque chose de gai et de souriant. L'appétit est excellent, l'embonpoint se dessine.....

Novembre. — Ces heureuses dispositions ne se sont pas un instant démenties : l'amélioration grandit à vue d'œil.

Au point de vue psychologique, C. me fait absolument l'effet d'un homme qui se réveille en sursaut après un cauchemar : tout en se sentant débarrassé d'un grand poids et d'une angoisse extrême, il n'est pourtant pas, tant au point de vue intellectuel qu'au physique, aussi dispos que normalement. Il n'a pas un sou-

venir bien précis de ce qui s'est passé pendant son long sommeil (si je puis continuer la comparaison) et il nous questionne à ce sujet. Il a toutefois gardé des idées très nettes sur tout ce qui se rattache à l'élément — douleur —. Ainsi, aux époques d'agitation, de violence, de dépravation, il ne souffrait que peu ou point. Avec la mélancolie stupide au contraire les douleurs réapparaissaient et pour ne plus cesser, douleurs plus physiques encore que mentales, successivement pongitives, angoissantes, générales tour à tour et localisées, puis erratiques et touchant tantôt ici, tantôt là, comme une pointe de feu maniée par un esprit malin.

La céphalalgie aurait affecté le type subcontinu. — Je n'ai pu savoir si au refus d'aliments correspondaient des douleurs localisées en un point de l'appareil digestif.

M. le Directeur-Médecin en chef soumet C. à une alimentation essentiellement tonique et lui fait prendre des bains généraux à 28° trois fois par semaine.

Janvier 1882. — La convalescence marche à grands pas.

Février. — Quelques points pleurétiques sont combattus par les moyens appropriés et disparaissent assez rapidement.

Mai. — L'amélioration se confirmant de plus en plus, il est question de la sortie de C.

2 juin 1882. — Nous arrivons à la journée du 2 juin qui restera certainement la date saillante de l'histoire pathologique de notre malade. Ce jour-là C. était comme à l'ordinaire allé à la forge et rien en lui d'insolite n'avait attiré l'attention des surveillants ni la sienne propre.

Vers dix heures du matin, il est pris tout à coup d'un accès d'épilepsie parfaitement caractérisé quoique d'assez courte durée : aura, cri initial, chûte (en avant), convulsions, écume sanguinolente, morsures à la langue, etc...

Il est immédiatement descendu à l'infirmerie, mais, dès le lendemain, il peut reprendre son travail.

Rien dans les renseignements que nous avons, rien dans ceux que nous fournit le malade ne nous autorise à incriminer ici l'hérédité. Le malade déclare formellement « n'avoir jamais été pris comme ça » (*sic*). De notre côté, nous n'avons jamais rien constaté, qui pût nous faire croire à des crises nocturnes.

C., dès ce jour, est soumis à la surveillance la plus suivie, mais on attend un autre accès pour pouvoir bien juger de la marche du mal et instituer un traitement. Les plus grands soins et une douceur toute spéciale sont recommandés aux infirmiers.

L'épilepsie, lorsqu'elle n'est point symptomatique, est rare à l'âge de C. (37 ans). Elle ne l'est pourtant pas tellement qu'elle n'ait été sérieusement étudiée, surtout au point de vue de ses causes, et on peut lire dans le traité de Delasiauve, page 197 :

« La sensibilité s'émoussant avec l'augmentation graduelle de

« la force et de la virilité, la proportion des épileptiques ne pour-
« rait manquer de décroître sensiblement (pendant l'âge mûr), si,
« indépendamment des causes directes de la maladie, cet affer-
« missement nerveux n'était en partie contrebalancé par des
« influences défavorables dérivant des chagrins, des excès, des
« devoirs professionnels, en un mot d'une participation active à la
« vie sociale. »

Et si maintenant on cherche dans Esquirol, on trouve, tome 1er, page 146 :

« Les tempéraments mélancoliques, les constitutions scrofu-
« leuses, affaiblies, prédisposent à l'épilepsie, ainsi que le scorbut,
« le rachitis, la syphilis. Les écarts de régime, l'onanisme, l'in-
« solation, les coups et les chutes sur la tête, l'abus des boissons
« alcooliques, les poisons sont des causes excitantes de l'épi-
« lepsie... »

Il n'est point besoin d'insister, je crois, pour faire entrer notre sujet dans un cadre taillé à l'avance sur sa mesure. Mais ce que je remarque, et non sans tristesse, ce sont les modifications rapides survenues chez ce malheureux : sombre, parlant moins, mangeant sans appétit, il continue à travailler, mais (pour me servir de l'expression typique du maître forgeron) ce n'est plus le même ouvrier.

1er juillet. — Pas de nouvel accès : l'état ci-dessus indiqué persiste presque sans modification.

18 juillet. — Deuxième crise.

Elle a lieu à trois heures et demie de l'après-midi. Cette fois le malade a pu se retenir et, au lieu de tomber en avant, il s'est affaissé sur lui-même ; convulsions de moyenne intensité, pas de morsure à la langue ; mais émission d'urine.

Repos pendant la soirée ; le lendemain C. demande avec instance à retourner au travail ; mais, à neuf heures, pendant la visite des ateliers le chef-forgeron me le signale comme *mal en train* ; en effet il a la tête lourde, la main maladroite, le regard indécis et troublé ; il bégaie et, par moments, un peu d'écume s'échappe des commissures. Conduit immédiatement à l'infirmerie, il est à peine couché qu'il a un nouvel accès, celui là plus intense ;

Purgatif cathartique, diète ; surveillance spéciale. — Nouvel accès le lendemain dans la matinée. — Fatigue extrême. — Torpeur.

Rien dans l'après-midi ni dans la nuit.

Dès le lendemain matin (21 juillet), avec l'autorisation de M. le Directeur-Médecin, j'institue le traitement de M. Ball : 2 pilules, 4 cuil.

Le 25 juillet, 5 cuil.

Le 28 juillet, 6 cuil. — Le malade reprend le travail et va relativement bien.

J'ai omis de signaler qu'à la première nouvelle des manifestions épileptiques chez C..., je fis soigneusement visiter tous ses linges et me fis donner les renseignements les plus détaillés sur ses actes de chaque instant : je soupçonnais des pratiques solitaires et les rendais même seules responsables de la catastrophe. Le résultat de ces investigations fut complètement négatif.

Le traitement est exactement suivi, sans toutefois que les doses dépassent jamais 7 cuil. et 2 pilules ; l'hydrothérapie est continuée, et, le 19 décembre 1882, la sortie de C... est ordonnée.

Depuis le 21 juillet, il n'avait pas eu un seul accès. Deux vertiges durant les premiers jours du régime, un troisième et dernier le 16 septembre.

28 décembre. — C... m'a écrit ; il va très bien et me demande une ordonnance qui lui permette de continuer à domicile le traitement auquel (selon sa frappante expression) il doit le salut.

Pas plus aujourd'hui que lors de ma première communication je ne chercherai à escompter l'avenir et à donner une médication, qui fait pourtant si brillamment ses preuves, comme une arme infaillible.

Je ne crois cependant pas pouvoir être taxé d'exagération en affirmant qu'en l'état, la méthode du trépied constitue le traitement le plus sûr et surtout celui qui fait payer le moins cher ses services. Il donne au médecin la confiance et au malade « cet être mutilé tombé dans la lutte pour l'existence (1) » il laisse l'espoir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 décembre 1882. — Physiologie : *Sur le réflexe vaso-dilatateur de l'oreille.* Note de MM. DASTRE et MORAT.

Les précédentes recherches communiquées par les au-

(1) Luys : *Traité des maladies mentales.* Préface.

teurs à l'Académie leur ont permis de conclure que le système nerveux grand sympathique est un *système mixte*, qu'il contient à la fois les deux espèces d'éléments nerveux qui commandent le mouvement des vaisseaux, les dilatateurs et les constricteurs. Ils ont placé l'origine apparente des dilatateurs dans les rameaux communiquants sympathiques. De nouvelles expériences entreprises par eux, MM. Dastre et Morat concluent que l'interruption de la continuité de la moelle entre la deuxième et la huitième paires cervicales a pour effet l'abolition du réflexe vaso-dilatateur auriculaire. L'intégrité du segment médullaire compris entre ces deux points est une condition nécessaire du phénomène. Autrement dit l'excitation qui est transmise à la moelle par le grand nerf auriculaire et qui atteint celle-ci par des filets de la deuxième et quelques-uns de la troisième racine cervicale, cette excitation doit descendre jusqu'au niveau de la huitième racine cervicale et des premières racines dorsales pour y trouver les voies de retour qui l'amèneront par le sympathique aux vaisseaux de l'oreille.

Physiologie. — *Des analogies et des différences entre le curare et la strychnine, sous le rapport de leur action physiologique.* Note de M. Couty.

L'auteur arrive à cette conclusion que le mode différent de succession des troubles permet seul de distinguer les deux intoxications, curarique et strychnique ; ces deux poisons excitent, puis paralysent les centres nerveux, comme aussi ils paralysent les nerfs des muscles striés ou du cœur ; ils agissent donc l'un et l'autre sur l'ensemble des appareils moteurs centraux et périphériques. Seulement la strychnine modifie d'abord profondément les ganglions cardiaques et surtout la moelle et le bulbe, tandis que le curare porte sa principale influence sur les appareils périphériques des muscles striés.

Les troubles capitaux de l'une de ces intoxications deviennent pour l'autre accessoires et tardifs ; et ce n'est pas la nature des phénomènes ou leur mécanisme, c'est leur évolution qui devient caractéristique de l'action du poison.

Séance du 27 novembre 1882. — Anatomie générale : *Des modifications de structure qu'éprouvent les tubes nerveux*

en passant des racines spinales dans la moelle épinière. Note de M. L. RANVIER.

« En résumé, dit M. Ranvier, les tubes nerveux des ra-
« cines arrivent sans subir de modifications jusqu'à la
« couche de névroglie qui entoure la moelle. Dans cette
« couche, ils perdent leur gaine de Schwann, mais le pro-
« toplasma qui double cette gaine se poursuit à leur surface
« et contient même un noyau lorsque le dernier étrangle-
« ment annulaire est situé à une très petite distance de
« leur entrée dans la moelle, distance qui doit être infé-
« rieure, je le suppose, à la moitié de la longueur d'un
« segment interannulaire. »

Des observations contenues dans cette note et dans une précédente du même auteur (*Sur les éléments conjonctifs de la moelle épinière. Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1er décembre 1873) il résulte ceci : les tubes nerveux des centres cérébro-spinaux possèdent outre leur enveloppe de myéline, une couche limitante représentant la lame protoplasmique qui double la membrane de Schwann dans les tubes nerveux de la périphérie.

Séance du 4 décembre 1882. — *Sur les ganglions cérébro-spinaux.* Note de M. RANVIER.

Au cours de ses recherches sur les rapports des cellules ganglionnaires avec les tubes nerveux, en examinant des préparations obtenues par dissociation, M. Ranvier a été frappé d'un fait : le premier segment interannulaire, celui qui se dégage de la cellule, est beaucoup plus court que le segment qui lui fait suite. Cela a conduit l'éminent professeur du collège de France à examiner de plus près la disposition des cellules bipolaires des ganglions spinaux et du ganglion auditif des poissons, et il a pu se convaincre ainsi que les tubes nerveux à myéline qui arrivent à une cellule ganglionnaire ne s'y terminent pas par un étranglement annulaire. La cellule nerveuse correspond au centre d'un segment interannulaire.

Séance du 18 décembre 1882. — *Production de l'anesthésie chirurgicale par l'action combinée du protoxyde d'azote et du chloroforme.* Note de M. L. DE SAINT-MARTIN.

M. de Saint-Martin s'est soumis lui-même cinq ou six fois à l'inhalation du mélange anesthésique suivant :

85 volumes de protoxyde d'azote avec 15 volumes d'oxygène additionné par hectolitre de 6 à 7 gramme de chloroforme. En huit ou dix larges inspirations M. de Saint-Martin perdait connaissance. Le mélange sus-indiqué produit donc très rapidement l'anesthésie et paraît supprimer la période d'excitation, le chloroforme étant beaucoup plus dilué, si l'on peut s'exprimer ainsi, et ne produisant plus, dans ces conditions d'action irritante sur les premières voies respiratoires.

La zone maniable de cet agent anesthésique, dit M. de Saint-Martin, est évidemment plus étendue que celle du chloroforme ; elle doit être comprise entre celle de ce dernier agent et celle du protoxyde d'azote. On pourra, à l'aide de cette méthode, ajoute l'auteur, profiter en grande partie de la supériorité du protoxyde d'azote comme agent anesthésique, tout en évitant la condition d'exercer sous pression.

Séance du 26 décembre 1882. — Physiologie : *Recherches sur la production d'une anesthésie générale ou d'une anesthésie surtout unilatérale, sous l'influence d'une simple irritation périphérique*, par M. BROWN SEQUARD.

C'est une question d'une grande importance en physiologie et en toxicologie, dit le savant professeur du collège de France, de savoir si les centres nerveux peuvent être modifiés notablement, soit dans leurs propriétés, soit dans leurs fonctions, par la simple irritation d'une muqueuse ou de la peau. A propos des anesthésiques, Claude Bernard a soutenu avec énergie la négation de cette question : « C'est, dit-il, un principe général en physiologie, que « lorsqu'une substance quelconque agit sur l'organisme, « *il faut qu'elle agisse dans le sang.* » M. Brown-Séquard a déjà montré que nombre de substances peuvent, en irritant les nerfs de la peau produire des altérations considérables des propriétés ou des fonctions des centres nerveux sans que l'on puisse considérer ces effets comme dépendant de l'absorption de ces substances et de leur action dans le sang sur ces centres. Mais la preuve de la puissance d'une irritation périphérique sur les centres nerveux ressort avec plus d'évidence encore des faits nouveaux qu'expose M. BrownSéquard dans la présente note. De ces expériences en effet on peut tirer la conclusion suivante : l'irritation de la muqueuse laryngée par un courant d'acide carbonique est

capable de produire de l'anesthésie dans toutes les parties du corps, sans l'intervention du passage de ce gaz dans le sang.

Physiologie. — *Sur l'action physiologique du café.* Note de M. GUIMARÈS.

Suivant M. Guimarès le café agit à la fois comme excitant et comme réparateur, et, en permettant une dépense et une consommation plus grande de substances azotées, il augmente évidemment la puissance du travail. Voilà pourquoi l'usage du café est utile à tous ceux qui veulent se livrer à un fonctionnement actif.

Anatomie. — *Sur la structure des cellules du corps muqueux de Malpighi.* Note de M. L. RANVIER.

Les recherches récentes de M. Ranvier sur la névroglie lui ont démontré que les cellules qui la constituent sont composées d'une masse protoplasmique de forme variée, traversée en différentes directions par des fibres, fibres connectives des centres nerveux ou fibres de la névroglie. Les cellules de la névroglie et les cellules nerveuses, qui procèdent les unes et les autres du névro-épithélium primitif tiennent donc de leur origine le caractère commun d'être formées d'une masse protoplasmique traversée par des fibres tout à fait différenciées. Dans la présente note, M. Ranvier montre que les cellules du corps muqueux possèdent ce même caractère. Les fibrilles qui les traversent, qui vont de cellule en cellule en passant par les filaments d'union et dont la longueur ne peut pas être déterminée aujourd'hui, sont donc les équivalents morphologiques des fibrilles nerveuses et des fibres de la névroglie. On ne doit pas les considérer comme des fils protoplasmiques, mais bien comme des fibres formées, ayant une signification fonctionnelle spéciale, relative, par exemple, à la solidité du revêtement épithélial de la peau.

CH. VALLON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 octobre 1882. — *Physiologie de la vision. — Considération sur la doctrine des trois fibres fondamentales*

d'Young, comme base d'une théorie des sensations, colorées par GIRAUD-TEULON. — On sait que la théorie de Young, basée sur l'exclusivisme des fonctions dans les fibres nerveuses, est universellement abandonnée aujourd'hui. Cependant jusque dans ces derniers temps elle avait trouvé un défenseur dans la personne du professeur Donders. M. Giraud-Teulon montre que l'idée de Young n'est qu'une pure hypothèse qui ne peut tenir devant les faits tant de l'ordre physiologique que de l'ordre pathologique. D'ailleurs M. Donders lui-même a dû enfin sacrifier une théorie attardée; c'est du moins la conclusion que M. Giraud-Teulon s'est cru en droit de tirer du débat qui s'est élevé sur ce sujet dans les *Annales d'oculistique* des mois de juillet et d'août 1882.

M. Giraud-Teulon termine ainsi son interressante communication :

« Mais nous demandera-t-on peut-être, écartant ainsi « la théorie de Young, que vous proposez-vous de lui subs- « tituer. »

« L'étude à nouveau, sur le terrain de la physiologie générale, du fonctionnement de la sensibilité visuelle, pas davantage. Nous n'avons point la prétention d'apporter ici l'offre impromptue d'une physiologie nouvelle.

Qu'était la doctrine de Young? De l'avis, *maintenant unanime*, des physiologistes une exception, une dérogation, en faveur de l'appareil de la vision, aux lois générales de l'embryogénie, de l'anatomie comparée, de la physiologie.

« Cette exception se trouvant condamnée par l'observation directe des faits, par l'absence de tout défenseur, la physiologie générale des sens reprend ses droits, et jusqu'à l'intervention de données nouvelles, on n'est plus fondé à s'en écarter.

« Dans sa participation à l'œuvre commune du progrès scientifique, le rôle de chacun atteint différentes hauteurs. Il n'est point donné à tous d'ouvrir de nouvelles voies par d'éclatantes découvertes. Mais il y a des contributions moins élevées, sans être pour cela dépourvues d'effets, utiles et l'élimination d'erreurs trop longtemps respectées, n'est pas toujours la moins profitable pour le progrès, si elle est généralement peu avantageuse à son auteur.

Séance du 5 décembre 1882. — M. BILLOD correspondant national de l'Académie, adresse la lettre suivante :

« Le tour de parole que j'avais demandé avait pour objet d'entretenir l'Académie d'une lacune qui me semblait exister dans la loi du 30 janvier 1838, relativement aux aliénés dits « criminels » qui, après avoir été l'objet d'une ordonnance de non-lieu ou d'une décision d'acquittement parce qu'ils ont été reconnus aliénés au moment de l'action, sont internés dans un établissement spécial et y trouvent la guérison en conservant, avec des chances plus ou moins grandes de rechute, une tendance plus ou moins marquée à commettre de nouveaux crimes.

« Après avoir fait ressortir le danger que des individus faisaient courir à la Société, non pas durant leur séquestration et tant qu'ils sont aliénés, mais alors qu'ils guérissent, c'est-à-dire alors que, cessant d'être aliénés, leur sortie de l'établissement est de droit strict, je devais, par un examen rapide de la loi dont il s'agit, démontrer qu'elle ne renferme aucun article qui permette d'en prévenir la Société. D'où la nécessité de la révision de ladite loi dans le sens d'une disposition qui permette d'assimiler *à un aliéné qui l'est encore un aliéné qui ne l'est plus*, c'est-à-dire un aliéné guéri, dans le cas où, de l'avis d'une commission spéciale à instituer, il présente des chances de rechute, et de rendre légale par suite la prolongation de sa maintenue dans l'établissement spécial, aussi longtemps que la susdite commission, périodiquement consultée, le jugera nécessaire dans un intérêt de préservation sociale.

« Or, le projet de révision de la loi que le gouvernement vient de présenter au parlement me semblant donner satisfaction à ce désidératum, une communication serait désormais sans objet et je ne puis, par suite, que renoncer à mon tour de parole. »

Séance du 12 décembre 1882. — *Du siège et de la direction des irradiations capsulaires chargée de transmettre la parole*, par M. Bitot, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux. L'auteur pense d'après ses recherches que l'opinion de Bouillaud, qui n'accordait pas plus d'importance à un lobe frontal qu'à l'autre, est plus vraie que celle de Dax et de Broca, pour lesquels le côté gauche seul était actif dans le jeu du langage articulé. Si le lobe frontal n'est pas, à proprement parler,

l'organe législateur de la parole, il n'en contient pas moins seul les agents chargés de la transmettre.

Séance du 26 décembre. — M. BALL rend compte à l'Académie de *l'autopsie du crétin des Batignolles*. La relation de cette nécropsie a été publiée dans l'*Encéphale*, janvier 1883.

CH. VALLON.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 31 juillet 1882. — *Discussion sur les asiles d'aliénés criminels*, (suite) (1). — M. BILLOD. — M. Billod absent de France lorsqu'a commencé la discussion sur les asiles d'aliénés criminels, déclare qu'il se range à l'opinion de ceux de ses collègues qui ont soutenu la cause de la création d'un asile spécial pour les aliénés dits criminels.

Il répugne en effet à M. Billod d'admettre la moindre promiscuité entre les aliénés portant le stigmate d'une condamnation et ceux qui en sont indemnes.

Il y a des aliénés dont le délire est assez partiel pour qu'ils souffrent réellement de se savoir dans le même établissement que des hommes entachés de l'antécédent d'un crime. Quant à ceux que leur état mental rend insensibles et indifférents il y a derrière eux des familles qui y sont sensibles pour leur compte.

Parmi les raisons qui militent encore en faveur de la création d'un asile spécial pour les aliénés criminels, il en est une, dit M. Billod, qui se tire de la nécessité où on est de recourir pour cette catégorie d'aliénés à des mesures de coërcition et de surveillance plus strictes et plus étroites que ne le comporte le régime des asiles ordinaires, et dont l'application ne pourrait se faire, même à titre d'exception, dans ces établissements, sans en changer le caractère et sans altérer l'esprit essentiellement philanthropique de leur institution.

M. Billod, qui vient de faire un assez long séjour en Italie, fait savoir que dans ce pays on a décidé la création de trois asiles spéciaux pour les aliénés criminels.

M. Billod insiste ensuite sur la distinction qu'il importe suivant lui d'établir entre les aliénés dits criminels et les aliénés dangereux.

(1) Voyez l'*Encéphale* 1882, p. 684.

Pour les aliénés dits criminels il faut créer un asile spécial.

Pour les aliénés dangereux, qui ne peuvent pas être qualifiés de criminels suivant le sens que l'on donne à ce mot, M. Billod distingue entre ceux qui ne sont qualifiés de dangereux qu'à raison des tendances qui forment le caractéristique de leur état mental, mais chez lesquels ces tendances sont restées sans effet, et ceux dont la qualification de dangereux se trouve justifiée par un crime ou une tentative de crime.

Pour les aliénés qui n'ont commis aucun crime ou tentative de crime, M. Billod estime que leur place est dans l'asile ordinaire, mais dans un quartier spéciale de cet asile. Pour ceux qui ont commis un crime, bien qu'ils n'aient pas encouru de condamnation pour ce crime parce qu'ils étaient aliénés, M. Billod les assimile à ceux qui ont subi une condamnation et réclame pour eux une place dans l'asile spécial.

Pour M. Billod la nécessité s'impose, non seulement de créer un asile spécial pour les aliénés dits criminels, mais encore d'avoir dans les asiles ordinaires un quartier spécial de surveillance ou de sûreté pour les aliénés dangereux mais non criminels encore.

M. Billod examine ensuite la question suivante : « Quelles mesures législatives devrait-on proposer pour l'admission, le séjour ou la sortie des malades de cet asile spécial ? » Pour l'orateur, en dehors des mesures législatives qui sont applicables aux aliénés de toute catégorie, il n'y a pas d'autres mesures à proposer que les mesures qui auraient pour objet l'admission et la sortie. Or, le pouvoir d'ordonner leur admission et leur sortie ne pourrait être, suivant M. Billod, attribué qu'à l'autorité judiciaire.

M. Dagonet. — Le savant médecin de Sainte-Anne repousse la création d'un asile d'aliénés criminels. « Il est, dit-il, un principe à poser, c'est que l'aliéné ayant à subir ou non une condamnation, est un malade, au même titre que tous ceux que l'on recueille dans les hôpitaux et auquel on doit appliquer les meilleurs moyens pour combattre l'affection dont il est atteint.

« L'asile spécial, dans lequel on l'enverrait, avec ses dispositions de maison centrale, ses règlements d'adminis-

tration et de claustration particulières ne peut offrir que des conditions défavorables au traitement rationnel de l'aliénation mentale. Au moins serait-il convenable, avant de prendre une aussi grave mesure, de bien distinguer le genre de folie qui la rendrait nécessaire et de ne pas admettre pour unique raison le fait de se trouver en présence d'un homme qui a commis un acte criminel ou qui a subi une condamnation.

M. Dagonet se rattacherait volontiers à l'idée de créer quatre ou cinq quartiers de sûreté dans l'un ou l'autre des asiles les plus importants, placés dans les différentes parties de la France.

Ces quartiers auraient l'avantage de ne pas accumuler un trop grand nombre d'individus dangereux dans un même asile, d'en permettre l'observation plus facile et de faire passer, suivant les circonstances, le malade dont l'affection aurait subi une transformation, de ce quartier de sûreté dans d'autres divisions. Le médecin en chef restant libre, d'ailleurs, d'agir comme il le jugerait à propos.

Pour M. Dagonet, la seule autorité compétente pour se prononcer sur l'entrée ou la sortie dans ces quartiers spéciaux ne peut être qu'une commission médicale, qui devrait alors se mettre en rapport avec le médecin en chef du service dans lequel l'aliéné criminel aurait été mis en traitement. Rien ne s'opposerait du reste à ce qu'un délégué de la magistrature ou de l'administration fit également partie de cette commission.

M. DELASIAUVE. — M. Delasiauve croit inutile la création d'un asile spécial, il préfère des quartiers spéciaux. Quant aux individus que l'on voudrait envoyer dans un asile comme Broadmoor, il faut établir parmi eux des distinctions. « Quelle différence entre un individu à délire vague et général, qui, sous l'influence d'une hallucination, commet un crime qu'il ne commettra plus et tel autre aliéné atteint de la monomanie du crime. »

M. LUNIER. — M. Lunier est partisan de la création d'un ou deux asiles spéciaux dans lesquels on placerait :

1° Les aliénés qui ont commis un crime mais n'ont pas subi de condamnation.

2° Certains individus devenus aliénés après avoir été condamnés à des peines de courte durée.

3° Les aliénés exceptionnellement dangereux pour les-

quels on est obligé de recourir à des mesures de sécurité spéciales.

Tout aliéné ayant commis un crime passible d'une peine afflictive et infamante serait placé *de plano* dans l'établissement spécial. En ce qui concerne la sortie de cette première catégorie d'aliénés, l'initiative en serait réservée au médecin ; mais elle serait décidée par l'autorité judiciaire, après enquête et expertise médico-légale.

Quant aux aliénés des 2e et 3e catégories leur transfèrement dans les asiles spéciaux serait ordonné par le ministre de l'intérieur auquel serait également réservé le droit, soit de les mettre en liberté. soit de les réintégrer dans l'asile de leur département.

M. LEGRAND DU SAULLE. — M. Legrand du Saulle rappelle qu'en 1863 il a adressé au Sénat une pétition dans laquelle il faisait valoir toutes les raisons qui lui paraissaient militer en faveur d'un établissement spécial rêvé par Georget et Brierre de Brismont.

Plus tard, M. Legrand du Saulle devenu médecin de Bicêtre et placé en face d'aliénés qui avaient la plupart commis des assassinats, ne tarda pas à reconnaître que les criminels *de la sûreté* n'étaient pas plus dangereux que les aliénés répartis dans les autres quartiers de sa section. Aussi insensiblement fit-il rentrer les criminels dans les quartiers pour mettre à leur place les épileptiques furibonds. Quand M. Legrand du Saulle quitta Bicêtre il n'y avait plus *à la sûreté* que quatre criminels au lieu de 36 qu'il en avait trouvé à son arrivée dans cet hopital. Avec les années et l'expérience M. Legrand du Saulle en est arrivé à cette conviction robuste que le bagne appliqué aux fous est une inutile dureté et une mesure rétrograde dont la civilisation n'a qu'à rougir.

M. Legrand du Saulle termine sa communication par ces éloquentes paroles : « Démolissons les asiles fermés, ouvrons les hôpitaux d'aliénés, et votons énergiquement contre tout projet qui tendrait à la construction d'une bastille pour la folie.

« D'après la loi, le malade est un innocent et vous ne devez pas songer à murer à jamais sa vie. Qui vous dit qu'il ne guérira pas ? Quel est le médecin qui est sûr d'une rechute pathologique et d'une récidive criminelle ? Pourquoi faut-il condamner alors un malheureux à passer

trente ans ou plus dans votre asile d'aliénés criminels, en prévision d'un attentat qu'il ne commettra peut-être jamais ? Quelque crime qu'ait pu commettre un scélérat, le jour de l'expiration de sa peine, il est libre. Assimilez pour le moins l'aliéné criminel à ce scélérat, et faites que le jour où son médecin aura répondu de lui et aura réclamé sa sortie, il puisse lui aussi, reconquérir sa liberté. Ayons pour nos malades des entrailles sincèrement paternelles, et, sous le prétexte d'accorder à la société une protection qu'elle ne réclame nullement, ne nous transformons ni en geôliers, ni en bourreaux. Ne sortons pas de notre rôle. Restons d'honnêtes médecins. »

Séance du 30 novembre. — On sait qu'une commission extra-parlementaire a été chargée de réviser la loi de 1838. Cette commission a terminé ses travaux. Pour donner une idée des modifications apportées à la loi de 1838 M. MOTET lit les principaux articles du nouveau projet concernant les aliénés criminels.

M. DALLY est d'avis qu'il devient superflu, les points essentiels ayant été résolus par la commission extra-parlementaire, de prolonger ce débat et en propose la clôture définitive.

M. FALRET demande le maintien de la question à l'ordre du jour, sa demande est accordée.

Du mensonge chez les enfants. — Sur l'invitation de M. Dally, M. LEGRAND DU SAULLE puis M. BRIAND donnent quelques renseignements à la Société au sujet d'un petit aliéné de cinq ans dont la presse politique s'est beaucoup occupée.

Voici l'histoire abrégée de cet enfant. A 3 ans et demi il avait déjà des habitudes d'onanisme qu'aucun des nombreux moyens employés ne put faire cesser. Sa nourrice avait depuis longtemps remarqué qu'il était sournois, méchant, qu'il s'ingéniait à maltraiter de mille façons les enfants plus jeunes que lui et surtout qu'il prenait un malin plaisir à voir tuer et saigner les poulets et autres animaux de basse-cour. D'une attitude habituellement triste et hébétée, si cet enfant déployait quelque intelligence, c'était seulement pour faire des méchancetés. Ayant un jour remarqué qu'à la suite d'une chute, son jeune frère avait été pris d'un saignement de nez, il se sentit attiré par le désir de voir encore couler du sang ; profitant alors

de l'absence de sa mère, il renversa violemment l'enfant du haut d'une chaise sur laquelle il l'avait monté. La face porta contre terre, une épistaxis abondante se produisit et le jeune malade alla ramasser le sang pour s'en frotter les mains. « *Je veux tuer le petit,* » disait-il souvent à sa mère. Celle-ci justement effrayée se décida à prendre les mesures qui amenèrent l'enfant à Sainte-Anne.

C'est avec la plus complète indifférence qu'il répondit à toutes les questions qui lui furent posées à son arrivée. « *Je veux voir couler du sang*, répétait-il sans cesse, *il n'y a que cela qui m'amuse.* »

Tu n'aimes donc pas ta mère pour chercher ainsi à lui faire de la peine? — « *Comment voulez-vous que je l'aime, je ne m'aime pas moi-même ; je veux la tuer pour avoir ses sous. Si je ne peux pas maintenant, j'attendrai d'être plus grand.* » D'après M. Briand pour caractériser d'un mot l'état de ce petit dégénéré, on peut dire de lui que c'est un « *instinctif.* »

De certains troubles intellectuels toxiques chez les nouvelles accouchées ou chez des opérées. Dans ces dernières années M. Legrand du Saulle a été frappé de rencontrer chez des femmes nouvellement accouchées ou récemment opérées des troubles intellectuels imputables à l'alcool. Les uns lui ont paru fugaces et bénins, les autres ont été très graves et toujours mortels.

La conclusion de M. Legrand du Saulle est celle-ci : de même que l'on évite de porter sur un diabétique le couteau chirurgical, de même que l'on s'abstient de soumettre aux inhalations de chloroforme un cardiaque ou un ancien pleurétique ; de même également, il importe d'être réservé dans l'emploi thérapeutique de l'alcool chez les femmes à prédispositions névropathiques.

Séance du 13 novembre 1882. — *Dans quelle mesure, l'aliéné guéri, qui s'est plus tard rendu coupable d'un crime, peut-il bénéficier de son accès antérieur de folie?* M. LEGRAND DU SAULLE. La question que je viens d'énoncer m'a été très récemment posée. A la veille de donner un avis et d'encourir une grande responsabilité, je pense que la Société me permettra de l'entretenir quelques instants de l'affaire qui me préoccupe assez vivement.

Un sieur Z..., sujet suisse, âgé de vingt ans et demi,

remarquablement intelligent et très pervers, a commis le 6 juillet dernier, une tentative de parricide. Or il a été traité pendant quelques mois en 1881, à Sainte-Anne puis à Bicêtre.

MM. FALRET et MOTET font remarquer que dans ces circonstances, ce qui doit servir de base à la discussion, c'est l'étude du cas particulier et non point une thèse générale. On ne peut se fonder que sur les caractères tirés de l'individu lui-même.

M. LEGRAND DU SAULLE s'est prononcé pour la responsabilité, mais pour une responsabilité atténuée dans un rapport très étendu qui paraîtra dans les annales de médecine légale.

CH. VALLON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 octobre 1882. — *Innervation du muscle interne du marteau*, par M. MATHIAS DUVAL. — L'innervation du muscle interne du marteau a été l'objet de nombreuses recherches et discussions qui n'ont pas encore complètement abouti. Après Longet, qui attribuait l'innervation du tenseur du tympan au nerf facial (qu'il nommait *moteur tympanique*), est venu Politzer qui a fait remarquer que le ganglion otique, d'où provient le filet nerveux du muscle en question, reçoit deux racines motrices, l'une du facial (petit pétreux) et l'autre du masticateur. En excitant directement, par l'électricité, ce dernier nerf, il aurait produit la contraction du muscle interne du marteau ; mais sur le sommet du rocher, les rapports de continuité du nerf masticateur et du petit pétreux sont tels qu'on peut toujours objecter à cette expérience la possibilité de la diffusion de l'électricité jusque sur le nerf petit pétreux.

Quand bien même des expériences d'une valeur incontestable viendraient prouver que le muscle du marteau est innervé par le nerf masticateur, le physiologiste serait toujours tenté de demeurer indécis, parce qu'il ne concevrait pas pourquoi des deux muscles de l'oreille moyenne, l'un, celui de l'étrier, serait innervé par le facial, tandis que l'autre, celui du marteau, le serait par la cinquième paire (portion motrice).

Or, c'est ici qu'on peut, ce me semble, faire intervenir des considérations d'embryologie et, qu'on me pardonne l'expression, de physiologie philosophique, lesquelles rendent évidentes *a priori* cette double source d'innervation différente des deux appareils tympano-moteurs.

L'embryologie et l'anatomie comparée nous montrent que le marteau n'est autre chose que l'extrémité postérieure du cartilage de Meckel, c'est-à-dire de la mâchoire; que semblablement le muscle interme du marteau n'est qu'un fragment des masses musculaires de l'arc maxillaire; il est donc tout à fait vraisemblable que ce muscle doit tirer son innervation de la racine motrice du trijumeau, comme tous les autres muscles de cet arc, comme les ptérygoïdiens, comme spécialement le ptérygoïdien externe, dont semble s'être détaché le muscle interne du marteau.

Séance du 2 décembre 1882. — *Recherches expérimentales pour servir à l'étude des lésions traumatiques de l'encéphale*, par M. Bochefontaine. — Cette pièce d'anatomie pathologique est due à l'obligeance de MM. Brouardel et Descouts. Il s'agit, d'une hémorragie de la partie centrale de la protubérance annulaire, qui pénètre un peu dans la moitié gauche du bulbe rachidien.

L'homme sur le cadavre duquel la pièce a été recueillie avait été violemment renversé le soir dans la rue, et l'occiput avait heurté l'angle du trottoir. Il y eut perte de connaissance sur place et le malade fut transporté inerte à l'hôpital, où il mourut le lendemain matin avant d'avoir recouvré ses facultés.

L'autopsie a montré des épanchements sous l'arachnoïde et dans les ventricules latéraux sans lésion des parois ventriculaires; le quatrième ventricule était indemne.

Ce fait, qui complète la série de mes expériences sur le rat, le cobaye, le lapin, le chat, le chien, le cheval, m'a donné l'idée de faire sur le cadavre de l'homme une nouvelle série de recherches sur les lésions de l'encéphale pouvant résulter des chocs violents du crâne. Ces dernières recherches ont été faites au laboratoire de l'Hôtel-Dieu avec des sujets pris au hasard, ou plutôt au fur et à mesure qu'ils se sont présentés. Je me suis servi d'un gros marteau de mécanicien et, afin d'éviter autant que possible l'enfoncement du crâne au lieu même du coup,

on recouvrait la tête du sujet avec une couche épaisse de linges.

1. Cadavre de femme âgée de 64 ans. Coup violent en arrière de l'oreille gauche au niveau de la ligne courbe occipitale externe.

Fêlure du temporal gauche descendant vers la base du crâne ; décollement de l'écaille du temporal droit ; liquide abondant dans le ventricule moyen et les ventricules latéraux qui constituent tous les trois des cavités béantes ; pas de liquide dans le quatrième ventricule.

Aucune lésion d'une partie quelconque de l'encéphale, sectionné dans toutes ses parties.

2. Cadavre d'homme de 48 ans. Coup au même point que dans l'expérience précédente.

Fracture transverse du temporal gauche sans déplacement intéressant la base du crâne ; liquide assez abondant sous l'arachnoïde ; quelques gouttes de liquide dans les ventricules de l'encéphale.

Petite contusion, comme un coup d'ongle, du pédoncule cérébral droit, sans lésion de la pie-mère. Petite contusion avec déchirure de l'épendyme de la couche optique gauche. Rien dans le quatrième ventricule.

3. Coup au-dessus de l'oreille gauche. Enfoncement de la partie du crâne confondue dans une étendue de 3 centimètres de diamètre. Liquide sous-arachnoïdien et dans les ventricules latéraux. Boutonnière de la dure-mère longue de un centimètre, éraillure correspondante de la substance corticale du cerveau.

Déchirure transversale superficielle de la partie postérieure des tubercules quadrijumeaux postérieurs. Aucune autre lésion.

4. Cadavre de femme de 60 ans. Même expérience : léger enfoncement du crâne. Aucune particularité à noter. Aucun résultat.

Si l'on excepte la fente de la dure-mère et l'éraillure correspondante du cerveau produites directement par les fragments osseux enfoncés dans la cavité du crâne, on voit que les lésions minimes de pédoncule, de la couche optique et de la partie postérieure des tubercules quadrijumeaux postérieurs pourraient bien être le résultat des manœuvres exécutées pour retirer l'encéphale de sa cavité et le dépouiller de sa pie-mère.

On a pris, il est vrai, toutes les précautions possibles pour éviter ces accidents, mais il reste fatalement à leur égard un doute dans l'esprit. Quoiqu'il en soit, deux expériences restent, dans lesquelles le même traumatisme n'a déterminé aucune lésion médiate, indirecte de l'encéphale, dans lesquelles par conséquent on ne peut invoquer aucun choc par propagation éloignée, ou par contre-coup. Cependant, dans un cas, le traumatisme d'un côté a déterminé par contre-coup la rupture de l'écaille du temporal de l'autre côté.

Il résulte encore des trois premières tentatives que le liquide céphalo-rachidien, contenu en quantité plus ou moins considérable dans les ventricules ou sous l'arachnoïde, n'a déterminé aucune lésion appréciable de l'encéphale.

Comment donc expliquer les vastes épanchements de sang dans l'arachnoïde, les contusions, les ecchymoses, à la surface ou dans la profondeur de l'encéphale. Si l'on ne peut invoquer l'action des chocs par contre-coup de la subtance cérébrale d'une manière exclusive au moins, il faut chercher ailleurs une explication.

Sur le cadavre, la circulation n'existe pas. Sans doute c'est pour cette raison que nous ne trouvons pas dans l'encéphale des cadavres les déchirures, les délabrements que l'on observe sur les individus vivants. Il faudrait donc chercher dans la rupture des vaisseaux produite indirectement par le traumatisme l'explication des énormes lésions hémorragiques de l'encéphale.

Il me semble que l'on peut trouver cette explication dans la pression sanguine exagérée qui peut se développer dans la circulation artérielle sous l'influence de l'excitation traumatique du cerveau. Plusieurs fois, sur des animaux vivants, cette excitation a produit une pression intra-carotidienne de 35 et même 36 centimètres de mercure, c'est-à-dire une force capable d'élever une colonne d'eau à 5 mètres de hauteur. Certainement une telle pression ne se propage pas jusque dans les petites artérioles de l'encéphale ; elle va diminuant au fur et à mesure que le sang arrive à la périphérie par des canaux de plus en plus nombreux et étroits ; mais il est probable qu'elle est encore suffisamment augmentée pour rompre les artérioles, d'autant plus que celles-ci subissent en même temps

une influence vaso-constrictive considérable qui leur donne de la rigidité et en facilite probablement la rupture. On comprend ainsi facilement la production des ecchymoses, des hémorragies, des épanchements traumatiques du cerveau.

Bien entendu, les expériences que je viens de rapporter à la Société de biologie ne sont pas suffisamment nombreuses pour que la conclusion à laquelle j'ai été conduit soit définitive. C'est donc seulement une communication préalable que je fais aujourd'hui et que je me propose de compléter lorsque j'aurai réuni une quantité assez considérable de faits expérimentaux.

Du plexus solaire. Etiologie de la dyspepsie, par M. Leven.

Dans ma dernière communication, j'ai insisté sur ce fait que l'action des médicaments dans le tube digestif ne s'explique que par l'action directe sur la muqueuse et sur le plexus solaire.

C'est en excitant le plexus solaire que les médicaments déterminent leur effet.

C'est le plexus solaire qui règle les faits physiologiques et les faits pathologiques des viscères abdominaux. La clinique m'a conduit à faire les mêmes observations que la physiologie.

Quand le plexus solaire est excité, l'estomac se gonfle; laisse échapper une quantité de gaz variable, se remplit souvent de liquide ; on constate l'excitation du plexus solaire par le palper ou la pression. La pression sous l'appendice xyphoïde réveille de la sensibilité qui peut s'étendre sur toute la ligne médiane, jusqu'à trois ou quatre centimètres au-dessus de l'ombilic.

Que cette sensibilité augmente, tout l'estomac devient sensible à la pression, et les muscles de l'abdomen, et la peau de l'abdomen au niveau de l'estomac s'hyperesthésient. L'hyperesthésie ne dépend que de l'excitation du plexus solaire, et est liée à la dyspepsie et non à l'hystérie comme l'a dit Briquet.

Toutes les fois que le plexus solaire est excité, la muqueuse de l'estomac se congestionne et la dyspepsie est faite.

La dyspepsie est la conséquence directe de toute excitation du plexus.

Voyons quelles sont les causes de cette excitation, c'est-à-dire les causes de la dyspepsie.

J'ai réuni 400 observations de malades que j'ai traités et observés pour la plupart jusqu'à la guérison.

1° Dans plus de la moitié des cas, l'excitation du plexus solaire est consécutive à l'excitation cérébrale ;

Quand une des facultés de l'esprit est surmenée, il y a action immédiate du cerveau sur le plexus solaire et la congestion pathologique de la muqueuse stomacale se produit; cette étiologie s'observe chez les gens de tempérament nerveux qui ont tous une grande impressionnabilité cérébrale.

La condition principale pour devenir dyspeptique est d'être un individu nerveux; le nerveux est toujours sous l'imminence de la dyspepsie; le moindre motif, une émotion, une peur, un excès de travail intellectuel le rendent dyspeptique ; il y a autant d'hommes que de femmes, dans ma statistique, dyspeptiques par tempérament nerveux.

Le tempérament nerveux que je définirai plus tard est donc la cause prédisposante et, on peut le dire, la cause efficiente du plus grand nombre de cas de dyspepsie.

2° La clinique montre que les excès alimentaires, les excès de boisson, tiennent le dernier rang dans l'étiologie ; ils engendrent la maladie si le sujet est un nerveux ; et s'il ne l'est pas, il faut que les abus de régime soient longtemps continués pour qu'il arrive à être dyspeptique. Ainsi l'excitation du plexus solaire due au cerveau est très fréquente; l'excitation de plexus, c'est-à-dire la dyspepsie due aux excès ne compte que pour un dixième dans la statistique.

3° Les maladies des viscères abdominaux, des viscères thoraciques, les vices de menstruation, la grossesse la lactation, les affections du foie, des reins, de la vessie, la bronchite, la pleurésie, la tuberculose contribuent pour un dixième à faire la dyspepsie.

Le plexus solaire, aboutissant de tout le système nerveux abdominal, thoracique, en rapport direct avec le cerveau, est influencé par le système nerveux de la vie végétative et de la vie de relation et toute impression de ce système nerveux est immédiatement communiquée au plexus solaire et devient cause de dyspepsie.

4° Sur 400 dyspeptiques, 40 environ, c'est-à-dire un

dixième, ont eu antérieurement la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente ou une fièvre éruptive; il ne se produit pas d'accès de fièvre sans que le plexus ne soit immédiatement atteint.

5° Enfin, les maladies cutanées, l'eczéma, le psoriasis, etc., la goutte, le rhumatisme, s'observent dans le dixième des cas chez les dyspeptiques.

Cette étude statistique montre d'une façon nette l'étiologie de la dyspepsie; ce sont le plus rarement les ingesta qui en sont cause.

Les impressions nerveuses, les fièvres, certaines diathèses sont les causes les plus fréquentes de l'excitation du plexus solaire, c'est-à-dire de la dyspepsie.

Séance du 9 décembre 1882. — *De l'action physiologique du gelsemium sempervirens*, par M. G. Rouch. — Il résulte de toutes les recherches faites sur le gelsemium que cette substance est un poison du système nerveux. Si l'on injecte sous la peau d'une grenouille une solution d'extrait de gelsemium ou de gelsemine, l'animal ne tarde pas à devenir paresseux, il ne cherche plus à s'échapper, ne saute que si on l'excite. Placé sur le dos, il se retourne avec lenteur et maladresse, puis finit par ne plus réagir et ne tarde pas à devenir complètement inerte et privé de mouvement. En même temps la respiration, qui s'est accélérée au début, se ralentit rapidement et cesse avant que la paralysie soit complète. Parfois on observe dans les membres, pendant que la paralysie progresse, un frémissement fibrillaire particulier.

Ce tableau est aussi troublé par de brusques contractions toxiques qui mettent les membres en extension, les doigts en éventail, vrais mouvements tétaniques spontanés ou provoqués, qui durent peu, demandent un temps de repos pour reparaître et que MM. Sydney Ringer et Murrell ont parfaitement décrits et différenciés du tétanos strychnique.

Le cœur se prend le dernier, il manifeste un ralentissement de plus en plus marqué, mais il continue à battre plusieurs heures après la paralysie complète, pour s'arrêter définitivement en diastole.

Chez le chien, le lapin, mêmes phénomènes.

Enfin, chez l'homme, signalons les faits observés dans de nombreux cas d'empoisonnement relatés dans les journaux

américains, et que j'ai pu vérifier pour la teinture sur les malades du service de M. de Fleury et sur moi-même, ainsi que dans un cas de dose exagérée prise par accident :

Céphalalgie légère et parfois vertige, somnolence, lourdeur et chute de la paupière supérieure, diplopie sans strabisme, difficulté de l'accommodation, dilatation légère de la pupille. Notons ici que MM. Sydney Ringer et Murrell et M. Tweedy admettent une atrésie primitive de la pupille après l'ingestion du poison suivie peut-être de dilatation, tandis que l'instillation de chlorhydrate de gelsemine produirait de la mydriase. Ces faits ont été niés. Pour moi, j'ai pu voir sur moi-même, après injection de 20 grammes de teinture, un rétrécissement très net.

Ajoutons à ces symptômes une fatigue musculaire généralisée, peu ou pas d'action sur la respiration à dose médicale de 3 grammes de teinture, dyspnée à dose toxique, et notons encore une soif vive, un peu d'ardeur et de gêne dans le pharynx avec persistance des secrétions salivaires, et enfin polyurie.

Telle est, rapidement décrite, l'action physiologique du Gelsemium sempervirens. Comme on le voit, la paralysie est la manifestation la plus frappante de l'intoxication gelsémique.

Séance du 16 décembre 1882. — *Indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral. — Illusions, hallucinations unilatérale, ou bilatérales provoquées chez les hystériques*, par M. DUMONTPALLIER. — Le but de cette communication est de démontrer que, dans certaines circonstances bien déterminées, il est possible de rendre manifeste, par certains procédés, l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral et de provoquer isolément ou simultanément des illusions et des hallucinations variées chez le même sujet hypnotisé.

Des expériences antérieures (1) m'avaient permis d'établir que, chez les hystériques hémianesthésiques, les différents phénomènes des trois périodes principales de l'hypnotisme ne peuvent être provoqués que du côté où la sensibilité existe ;

Que dans les cas où la sensibilité peut être transférée d'un côté à l'autre côté du corps les mêmes phénomènes

(1) *Société de Biologie*, séance du 3 juin 1882.— *Gaz. des hôp.*, 7juin 1882.

hypnotiques sont transférés du côté devenu sensible, tandis qu'ils cessent d'exister du côté devenu insensible;

Que dans les cas où la sensibilité a été maintenue expérimentalement des deux côtés du corps, à des degrés différents, les phénomènes de l'hypnotisme sont pour chaque côté du corps proportionnels à la sensibilité existante de chaque côté du corps.

Que l'hémianesthésie organique étant croisée, c'est-à-dire symptomatique d'une lésion cérébrale dont le siège est dans l'hémisphère cérébral opposé aux modifications de la sensibilité, il était rationnel de penser que le siège de l'hémianesthésie hystérique sensorielle et générale est dans l'hémisphère cérébral opposé aux modifications de la sensibilité et de la motilité.

Que cette interprétation trouve sa confirmation dans les observations d'hémianesthésie où une excitation périphérique, limitée à un seul point de la peau, suffit pour rétablir la sensibilité générale et sensorielle dans tout le côté hémianesthésique — ce qui ne peut avoir lieu que par une action croisée sur les centres nerveux.

Il ressort de ces remarques : 1° que chez les hystériques à manifestations morbides unilatérales, un seul hémisphère cérébral est le siège central des troubles fonctionnels périphériques ; — 2° que chez les hystériques à manifestations morbides bilatérales, les deux hémisphères cérébraux sont le siège des troubles fonctionnels périphériques.

Si ces conclusions sont fondées, de nouvelles expérincees conçues d'après ces données, devaient confirmer les résultats antérieurement exposés sur l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral. C'est en effet ce qui a eu lieu.

De plus il a été possible à M. Dumontpallier de déterminer simultanément : 1° dans la période cataleptique, des phénomènes de suggestion différents pour le côté droit et pour le côté gauche du corps ; 2° dans la période somnambulique, des illusions et des hallucinations différentes pour chaque hémisphère cérébral. CH. VALLON.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les Maladies mentales, par B. Ball, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1883. (Asselin et Cie.)

Ce livre, terminé après une longue attente, est le résumé du cours de M. le professeur Ball à la Clinique des Maladies mentales. Il représente l'ensemble d'un enseignement destiné à initier les élèves à l'état actuel de la science, et à familiariser les médecins avec l'étude de la psychiatrie, qui trop souvent leur est restée complètement étrangère.

La pensée maîtresse de cet ouvrage est le rapprochechement, la fusion de la médecine mentale et de la pathologie médicale, qui loin de demeurer séparées, doivent se prêter à chaque instant un mutuel appui.

La première leçon est consacrée à l'historique des maladies mentales. Dans les leçons suivantes, après avoir ëxposé d'une manière générale, les considérations d'ensemble qui s'appliquent à la folie, l'auteur s'occupe d'en analyser les éléments morbides. Deux leçons entières sont consacrées à l'étude des hallucinations et des illusions. Il conclut en définitive, avec M. Baillarger, que les hallucinations sont un phénomène psycho-sensoriel. Il développe cette idée avec un grand luxe d'arguments nouveaux, empruntés à la clinique et à la physiologie.

Les leçons suivantes sont consacrées aux conceptions délirantes et aux impulsions irrésistibles, dont l'évolution psychologique est analysée avec une grande finesse d'appréciation. L'auteur s'occupe ensuite de l'état physique des aliénés, qui est étudié avec le plus grand soin dans ses moindres détails.

L'étude des lésions anatomiques de la folie vient compléter l'ensemble de ces considérations générales.

Sans s'attacher à la recherche, trop souvent infructueuse, des lésions matérielles dans les vésanies, M. Ball s'efforce de montrer que la folie, même dans les cas où elle ne paraît reconnaître pour cause aucune altération cérébrale, est une maladie essentiellement physique, dans laquelle les troubles de l'esprit se marient toujours avec ceux du corps; et que les maladies de l'âme reposent toujours sur un substratum matériel.

L'auteur passe ensuite aux formes du délire qui ont été considérées, mais à tort, comme des maladies distinctes. Il compare ces états généraux à l'adynamie et l'ataxie, qui jouent un si grand rôle dans les fièvres, sans pouvoir être classées parmi les entités morbides. Dans cet ordre d'idées, il étudie successivement la mélancolie, le délire des persécutions, la stupeur, la manie, l'excitation maniaque, le délire aigu, la folie circulaire, la démence.

Il aborde alors le grand problème de l'étiologie, dans laquelle il accorde une importance capitale à l'hérédité. Il étudie enfin les questions qui se rattachent au diagnostic, au pronostic, et au traitement des maladies mentales.

Vient à son tour la pathologie spéciale, dans laquelle on traite successivement des délires partiels, des folies névropathiques, des folies diathésiques, des folies toxiques, et spécialement de l'alcoolisme, et en général de toutes les maladies qui peuvent être considérées comme des unités dans le cadre des phrénopathies.

Le livre se termine par une leçon fort intéressante sur l'aliéné devant la société, qui emprunte aux préoccupations du moment un attrait spécial.

Les travaux des auteurs étrangers, Anglais, Allemands, Américains, ont été largement mis à profit par l'auteur, qui rend d'ailleurs pleinement justice aux œuvres des maîtres français et des observateurs contemporains.

Si l'état actuel de la science est fidèlement représenté dans ces pages, il ne faut point supposer que l'érudition en bannit l'originalité.

Sur un grand nombre de points, M. Ball émet des idées qui se trouvent en contradiction avec les doctrines généralement admises ; mais, armé d'une érudition complète et animé d'une entière bonne foi, il rend pleinement justice à ses adversaires, même en les combattant.

La clarté de l'exposition, la méthode et l'esprit philosophique qui caractérisent cet ouvrage, et l'agrément du style qui en rend la lecture facile, s'unissent pour recommander les leçons de M. Ball à tous ceux qui désirent s'initier à la connaissance de la psychiatrie, et ce livre est certainement destiné à devenir le *Manuel* classique des aliénistes de l'avenir. CH. VALLON.

Les Hystériques. Etat physique et état mental. Actes insolites, délictueux et criminels par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière. 1883, 1 vol. in-8 (J. B. Baillière et Fils.)

Le livre que M. Legrand du Saulle offre au public médical est le résumé de ses recherches et de ses observations sur l'hystérie commencées il y a trente ans.

Sans doute, dans ces dernières années, sans parler du traité déjà ancien de Briquet, nombre d'excellents travaux ont été publiés sur l'hystérie ; il n'en est pas moins vrai qu'une étude psychologique et médico-légale complète restait encore à faire sur ce sujet. C'est cette lacune que le savant médecin de la Salpêtrière a essayé de combler, et, à notre avis, il a parfaitement réussi dans son entreprise.

Du reste, comme le dit M. Legrand du Saulle lui-même dans sa préface, un concours de circonstances absolument rares l'a depuis longtemps mis en rapport avec un nombre immense d'hystériques. Au Dépôt de la Préfecture il a eu à étudier les troubles somatiques réels ou simulés présentés par les hystériques, leurs aventures et leurs lettres à l'autorité. A l'Infirmerie spéciale des aliénés il a eu à statuer sur leur état mental et leur degré de responsabilité. A la Salpêtrière il a eu à diriger le traitement d'un certain nombre de ces malades.

Donc, du fait des circonstances, nul mieux que M. Legrand du Saulle, indépendamment de ses qualités personnelles, n'était mieux à même de mener à bonne fin un travail d'ensemble sur les hystériques. Néanmoins, l'auteur n'a pas voulu « que ce livre fut l'inventaire privilégié de sa pratique, » et il n'a pas hésité toutes les fois qu'il l'a cru utile d'avoir recours aux documents d'autrui. En cela M. Legrand du Saulle a fait acte de modestie et son œuvre ne pouvait qu'y gagner en intérêt et aussi en autorité. Quelle que soit en effet la valeur d'un homme elle ne peut à elle seule remplacer les efforts réunis d'un grand nombre d'observateurs consciencieux.

M. Legrand du Saulle, après avoir étudié les causes de l'hystérie, passe successivement en revue ses nombreuses manifestations somatiques et intellectuelles, puis il trace le tableau de la folie hystérique pour arriver enfin à l'étude clinique médico-légale de cette affection. C'est là

le point capital de l'œuvre de M. Legrand du Saulle le chapitre dans lequel il a le plus mis de sa puissante originalité et de sa vaste expérience.

Dans le chapitre VII est condensée l'étude des formes, de la marche, de la durée, des terminaisons diverses, de la nature, du diagnostic et du pronostic de l'hystérie.

Le chapitre VIII est consacré au traitement (Prophylaxie et traitement curatif de l'hystérie, traitement des attaques).

L'ouvrage se termine par un appendice sur les *Nymphomanes*. Par le fait d'une erreur généralement accréditée, les hystériques passent à tort pour avoir des tendances et des habitudes qui ne sont pas les leurs. M. Legrand du Saulle a donc fait œuvre utile en rapprochant la description clinique des nymphomanes de celle des hystériques. De ce parallèle résulte la conviction pour le lecteur que hystérie et nymphomanie sont deux affections parfaitement distinctes. Sans doute ces deux affections ne s'excluent pas et l'on rencontre des hystériques nymphomanes, mais il n'en est pas moins vrai que c'est commettre une erreur capitale — erreur que n'évitent pas même des médecins — que de considérer la plupart des hystériques comme des femmes ayant un penchant irrésistible et insatiable pour les plaisirs de l'amour.

Nous bornerons là ce que nous avons à dire du livre de M. Legrand du Saulle. Ce travail en effet n'est pas de ceux qui se prêtent à une analyse détaillée ; c'est une série de tableaux tracés de main de maître qu'il faut lire tout entiers nous dirions presque qu'il faut voir.

En résumé ce traité sera parcouru avec fruit par tous ceux qu'intéresse l'étude de cette protée qui a nom l'hystérie ; il sera indispensable à consulter chaque fois qu'on se trouvera en face d'une des nombreuses questions médicolégales que soulèvent cette maladie.

Le livre de M. Legrand du Saulle est avant tout le *code des hystériques*.

CH. VALLON.

Traité des névroses, par Axenfeld, deuxième édition, augmentée de 700 pages, par Henri Huchard. Paris, 1882 (Germer-Baillière et Ce, éditeurs).

Il est peu de traités qui vieillissent aussi vite que ceux des maladies du système nerveux, et en particulier des névroses. Aussi celui d'Axenfeld, paru il y a vingt ans à peine, était-il menacé de tomber peu à peu dans l'oubli, lorsque M. Henri Huchard est venu lui donner une vigoureuse impulsion, et lui rendre la place qui lui convenait, la première parmi les ouvrages du même genre.

M. Huchard n'a pas ajouté moins de 700 pages à l'œuvre de son maître. Chaque question a reçu les modifications et les développements nécessités par les progrès de la science. De plus, un certain nombre de chapitres ont été créés de toutes pièces. C'est donc moins une seconde édition du traité d'Axenfeld qui vient de paraître, qu'un travail véritablement original de M. Huchard.

Toutefois un écueil était inévitable : c'était un peu de confusion à l'occasion d'opinions différentes contenues dans l'œuvre primitive d'Axenfeld et dans celle de M. Huchard. Celui-ci, plein de respect pour la mémoire de son maître, a voulu conserver intégralement tout ce qu'il avait écrit et jusqu'à la disposition du sujet. Il faut reconnaître qu'il s'est acquitté de cette tâche délicate avec tout le talent qu'on pouvait souhaiter. Les différents chapîtres se lient facilement entre eux, les idées se suivent et s'enchaînent en général si bien, que, si ce n'était un signe particulier qui marque les passages dus à la plume de M. Huchard, on se demanderait parfois où finit l'œuvre du maître, et où commence la sienne.

Les développements considérables de cette seconde édition du *Traité des névroses*, en font une source inépuisable de richesses, pour quiconque veut posséder à fond le sujet. Un index bibliographique très étendu termine chaque question, et ne laisse ainsi rien ignorer de ce qui s'est écrit sur la matière aussi bien à l'étranger qu'en France.

Sans tenter uue analyse d'ailleurs impossible, nous ferons remarquer que plusieurs chapitres ont été considérablement augmentés. Tels sont ceux qui se rapportent aux *névralgies*, à la *migraine*, aux *spasmes fonctionnels*, aux *contractures*, à *l'épilepsie*, à la *chorée*, à l'*hystérie*, etc. etc. D'autres étaient inédits. Ils traitent en particulier de la

pathogénie des anesthésies, des *tremblements*, du *nervosisme chronique* ou *neurasthénie*, etc.

Mais l'étude la plus complète et la plus intéressante est sans contredit celle de l'hystérie. Il faut savoir gré à l'auteur d'avoir envisagé cette névrose, la plus fréquente et la moins connue, au point de vue psychologique autant qu'au point de vue somatique. Les troubles physiques ne sont rien, en effet, quand on les compare aux troubles psychiques, et ceux-ci, par le rôle considérable qu'ils jouent dans les rapports de l'hystérique avec la société, méritent l'attention du législateur aussi bien que celle du philosophe et du médecin. Les chapitres qui traitent de l'état intellectuel, du caractère, des mœurs et de l'état mental des hystériques se recommandent donc autant par leur utilité pratique que par leur originalité.

En un mot, le *Traité des névroses* constitue un grand pas dans l'étude de ces maladies. Il résume les dernières connaissances sur le sujet, et, qualité non moins précieuse, l'élégance et la clarté du style ne le cèdent en rien à la rigueur scientifique.

Dr DESCOURTIS.

Le cerveau, *organe de la pensée chez l'homme et chez les animaux*, par CHARLTON BASTIAN. 2 vol. (Germer Baillière, 1881).

Le plan de l'œuvre est nouveau. M. Bastian pour bien exposer les origines multiples de la pensée, jette une vive lumière sur toutes les racines d'où elle peut dériver. — C'est dans cet esprit que l'auteur débute par l'étude de l'origine du système nerveux. Ces recherches l'ont entraîné à approfondir de la façon la plus scrupuleuse la question des localisations cérébrales. Celles-ci sont connues par l'étude exacte des conditions morbides pendant la vie et des lésions constatées à l'autopsie, après la mort. L'auteur montre comment du cerveau le plus élémentaire, on arrive progressivement aux conformations de structure qu'on rencontre dans le cerveau de l'homme, et comment certains processus mentaux, en apparence même très complexes, ont leurs corrélatifs rudimentaires dans ceux des animaux inférieurs. Cette théorie est bien conforme à la doctrine générale de l'évolution scientifiquement et phi-

losophiquement exposée dans l'œuvre du professeur anglais.

Le premier volume se divise en trois livres étudiant :

1° La nature d'un système nerveux ;

2° Le système nerveux des invertébrés,

3° Le système nerveux des vertébrés.

L'auteur commence par différencier le règne végétal du règne animal, par la présence chez les animaux d'un système nerveux. Il passe à la description des parties constituantes de ce système : Cellules, fibres, etc., considérées d'abord chez les mollusques, les vers, les arthropodes, puis chez les vertébrés : reptiles, oiseaux. M. Bastian montre qu'à la plus grande cemplexité du système, correspond un plus considérable développement des facultés sensorielles et locomotrices. Les organes des sens sont examinés successivement, l'auteur réservant l'étude du *sens musculaire* pour un appendice spécial. Un chapitre est consacré à la question des *actes réflexes* et à celle de la *cognition inconsciente*. Les réflexes intéressent trois sortes de tissus : fibres centripètes, centre, fibres centrifuges. Or, un individu arrive, par l'éducation à discerner une impression d'une autre ; de plus, les philosophes admettent tous aujourd'hui que la qualité essentielle de l'intelligence, est précisément le discernement, il s'ensuit donc que l'organe de la pensée n'est pas exclusivement constitué par le cerveau mais bien par l'ensemble des trois tissus susmentionnés, par un système nerveux tout entier.

La théorie de l'*acquisition héréditaire* termine le chapitre XI qui se trouve complété par le chapitre XIV dans lequel l'auteur démontre que l'instinct est une acquisition héréditaire.

Une étude anatomique du cerveau chez les quadrumanes et les mammifères, puis l'exposition des diverses manifestations de l'intelligence chez le chien, le singe et en particulier l'éléphant font l'objet des derniers chapitres du tome premier.

Le tome second s'ouvre sur le développement graduel du cerveau de l'homme pendant la vie intra-utérine. Puis, suit un chapitre consacré à l'étude de la capacité crânienne, tendant à prouver que les effets de la civilisation conduisent à un accroissement de développement du cerveau. L'auteur fait ensuite une description très complète

du cerveau, avec figures à l'appui. Quant à la physiologie de cet organe, elle est exposée d'une façon très claire permettant d'interpréter un grand nombre de phénomènes psychiques, restés jusqu'à ce jour enveloppés d'une grande obscurité.

M. Bastian montre que, grâce à une importante commissure transversale, le *corps calleux*, mettant en relation des aires correspondantes de la substance grise des deux hémisphères, on peut expliquer le fait indiscutable de l'unité de la conscience, bien que les organes de l'activité sensorielle soient doubles partout. Les hémisphères cérébraux, encore que réunis par cette grande commissure, n'en ont pas moins un fonctionnement indépendant, ce qui expliquerait les cas de double conscience. Vient alors l'étude du cervelet et de ses fonctions, étude très complète et bien conduite. L'auteur critiquo les nombreuses opinions professées jusqu'à ce jour sur cette question. Pour lui, le cervelet n'est ni le centre régulateur des mouvements volontaires et des fonctions végétatives, ni l'organe de l'appétit sexuel ni le centre coordonateur des mouvements musculaires, volontaires ou non, ni l'organe du sens musculaire. Or, le cervelet n'a pas de part appréciable dans l'exercice des processus compris sous le nom d'intelligence consciente, mais son activité se rapporte, de quelque manière que ce soit, au pouvoir qu'a l'animal d'accomplir des mouvements. En effet, les pédoncules supérieurs et inférieurs du cervelet reçoivent un grand nombre de fibres centripètes, d'où la possibilité que le cervelet prenne part à la production des mouvements automatiques, d'un autre côté, il coopère dans les mouvements volontaires avec le cerveau, probablement par l'intermédiaire du pédoncule moyen, puisque l'atrophie d'un hémisphère cérébral entraîne l'atrophie de la moitié opposée du cervelet, tandis que, comme la réciproque n'est pas vraie, ce n'est pas le cerveau qui répond aux stimuli venant du cervelet. Cet organe est donc un centre moteur qui renforce et régularise la distribution des courants centrifuges dans les actes volontaires et automatiques. Cette fonction unique est bien en rapport avec le fait histologique que la structure du cervelet est la même dans toutes les parties de sa substance grise superficielle (1).

(1) Il est à noter que ce rôle spécial du cervelet dans les actes de la

Le chapitre XXV étudie la question des localisations cérébrales. Vient ensuite l'étude de « la volonté et les mouvements volontaires » M. Bastian admet la définition de Locke : « La volonté est un pouvoir de commencer ou de différer, de continuer ou de cesser diverses actions de notre esprit, ou divers mouvements de notre corps, par une simple pensée ou un simple choix de notre esprit. » L'auteur distingue ensuite les mouvements du corps en mouvements automatiques et actions essentiellement volontaires. Les centres de ces mouvements sont les corps striés et le cervelet. De ces centres, les incitations cérébrales vont aux groupes musculaires requis, par les pédoncules, le bulbe, la moëlle et les racines antérieurs des nerfs spinaux; mais, ceci posé, quelles sont les parties des hémisphères cérébraux qui donnent lieu à tel groupe de mouvements? La résolution de ce problème a été l'œuvre de Ferrier qui a déterminé des *aires excitables* correspondant à des mouvements donnés.

Le chapitre XXVIII qui suit étudie la parole, la lecture et l'écriture comme processus mentaux et physiologiques. Le jeune enfant apprend à articuler un son, puis les qualificatifs par les différences dans la forme, l'odeur, la couleur, et peu à peu l'usage de la parole devient automatique. Puis, le pouvoir de lire et d'écrire viennent se surajouter à celui du langage articulé. Les relations cérébrales de la parole et la pensée sont analysés dans le chapitre XXIX.

Nous nous contenterons d'exposer, sans le discuter, le plan de M. Bastian.

I

Troubles de la mémoire verbale; c'est-à-dire troubles dans l'association des idées et des choses, ou des conceptions, avec les idées de mots.

A. AMNÉSIE VERBALE.

(*a.* Variété paralytique; *b.* Variété incoordonnée).

1. Diminution d'excitabilité des centres auditifs des mots.

motricité, ainsi que les dispositions spéciales des fibres centripètes cérébelleuses (pédoncules cerebelleux) est en réalité la reproduction parallèle des idées émises par M. Luys dès l'année 1865 dans son premier travail sur les centres nerveux: sur l'anatomie et la physiologie des appareils d'innervation cérébelleuse.

2. Action défectueuse des centres visuels des mots.

3. Lésion des centres visuels des mots et des fibres afférentes des centres auditifs ; ainsi que certains défauts produisant l'aménsie incoordonnée.

4. Lésion des commissures entre les centres auditifs et visuels des mots.

II

Troubles dans l'association des idées de mots avec les mouvements verbaux de la parole, ou de l'écriture, ou des deux ensemble.

B. APHASIE.

5. Lésion des premières parties des routes centrifuges conduisant des centres cérébraux des mots au corps strié gauche.

C. AGRAPHIE.

6. Lésion des premières parties des routes centrifuges partant du centre visuel gauche des mots.

D. APHÉMIE.

7. Lésion des parties du conducteur ; centrifuge partant du centre auditif gauche des mots, ou de quelqu'une des parties inférieures du même conducteur, ou des centres moteurs réels de l'articulation.

Un grand nombre de faits cliniques, recueillis par des observateurs anglais et français (surtout Trousseau) viennent corroborer la justesse de cette classification, nouvelle en beaucoup de points.

L'auteur distingue l'aphasie de l'amnésie dont la localisation est encore bien vague. A ce propos, il discute la théorie de Broca, obscure encore à certains points de vue. Il ne peut faire que des conjectures sur les causes qui déterminent l'influence plus grande de l'hémisphère gauche dans l'excitation des mouvements de la parole, Peut-être — comme résultat d'un usage héréditaire de la main droite, se succédant de génération en génération — cet état de développement plus avancé de l'hémisphère gauche, devient-il graduellement suffisant pour amener cet hémisphère à prendre la direction des mouvements de la parole ; à l'appui de cette idée viennent quelques observations de gauchers devenus aphasiques à la suite de lésions de la troisième circonvolution frontale droite. Il

faut attendre des résultats plus positifs avant de chercher de nouveau à localiser certaines facultés supérieures. Toutefois l'auteur tire ces conclusions philosophiques de ses études anatomo-physiologiques : « Tout processus supérieur intellectuel ou moral, aussi bien que tout processus inférieur sensoriel ou perceptif, entraine l'activité de certains réseaux de fibres et de cellules, en relations dans l'écorce cérébrale, et dépend absolument de l'activité fonctionnelle de ces réseaux. » Il rejette cependant, d'une manière aussi nette, la notion avec laquelle quelques personnes voudraient associer cette doctrine : c'est-à-dire la supposition que les hommes ne sont que des automates conscients.

R. JURANVILLE.

Traité clinique de la Folie à double forme. (*Folie circulaire, délire à formes alternes*), par le Dr Ant. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton. (*Ouvrage couronné par l'Académie de médecine, prix Falret* 1880). (Octave Doin, 1883).

L'Académie me semble avoir été rarement mieux inspirée qu'en proposant un pareil sujet, et rarement aussi elle a récompensé une œuvre plus intéressante et plus méritoire à tous les titres que celle de M. le Dr Ritti.

L'auteur, du reste, avait déjà écrit l'excellent article sur la folie à double forme dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Le *premier chapitre* du livre de M. Ritti s'ouvre par la *définition* de la maladie à laquelle fait suite un *historique* des plus complets.

« Par folie à double forme ou folie circulaire on entend, — dit M. Ritti — une espèce particulière d'aliénation mentale dont les accès sont caractérisés par la succession régulière de deux périodes, l'une de dépression et l'autre d'excitation, ou réciproquement. »

Au point de vue de la marche, on distingue deux sortes de folie à double forme : 1° celle dans laquelle les accès sont séparés l'un de l'autre par un intervalle plus ou moins long — *c'est la folie à double forme proprement dite* ou à *type périodique ;* — 2° celle dans laquelle les accès se suivent les uns les autres sans intervalle lucide intermé-

diaire — c'est *la folie à double forme continue* ou à *type circulaire.*

Quoique de création récente, cette espèce morbide a reçu déjà bien des dénominations diverses, dont les principales sont les suivantes :

Folie à double forme (Baillarger) ; *Folie circulaire* (J. P. Falret) ; *Folie à double phase* (Billod) ; *Folie à formes alternes* (Delaye) ; *Délire à formes alternes* (Legrand du Saulle); *Die cyclische Pychose* (Ludwig Kirn); *Das circulare Irresein* (Von Krafft Ebing).

Depuis l'année 1854, époque à laquelle la maladie fut découverte, la question de priorité entre M. Baillarger et Falret père a souvent donné lieu à de vives discussions, sans pouvoir être tranchée d'une façon définitive.

Aujourd'hui, la cause est jugée, et M. Ritti attribue exactement à chacun sa part de mérite dans l'œuvre, lorsqu'il montre que depuis la plus haute antiquité on avait admis la succession possible de la mélancolie et de la manie ; que, plus tard, avec Willis, apparut l'idée de l'alternance entre ces deux formes ; qu'Esquirol remarque la régularité des alternances, comparée à un *cycle* par Griesinger et par J. P. Falret à *un cercle;* d'où le nom de *forme circulaire* des maladies mentales donné par ce dernier aux faits dont il s'agit.

Mais M. Baillarger le premier, en 1854, eut l'idée de faire de cette alternance de la mélancolie et de la manie une espèce, une entité morbide, distincte à la fois et de la manie et de la mélancolie, ayant des caractères propres, sa marche, sa symptomatologie..., et proposa de la désigner sous le nom de *folie à double forme.*

C'est seulement à partir de M. Baillarger que l'alternance de la manie et de la mélancolie a cessé d'être considérée comme une variété de la marche des maladies mentales, et qu'elle a pris rang, sous le nom de folie à double forme, dans le cadre des entités morbides.

Dès ce moment, la maladie nouvelle devint l'objet de l'attention générale et de recherches multiples, si bien qu'à l'heure actuelle, après moins de 30 ans, c'est l'une des mieux étudiées et des mieux connues du domaine de la psychiatrie.

M. Ritti passe successivement en revue, les travaux publiés par les auteurs français et étrangers sur la folie à

double forme, depuis la lecture à l'Académie du mémoire de M. Baillarger et de celui de Falret père. C'est un historique complet de la question, et dans lequel je n'ai relevé que deux omissions — d'ailleurs sans importance — que je me permets de signaler à l'auteur. Il s'agit du travail de J. B. Delaye, dont le mémoire, qui a pour titre : « De la folie à formes alternes. Etudes clinique et pratique sur ce genre d'aliénation mentale. — (Le *Journal de médecine de Toulouse*, année 1860) — est bien indiqué à l'index bibliographique qui termine l'ouvrage de M. Ritti, mais dont il n'est fait aucune mention dans l'historique. Le second mémoire auquel je fais allusion est un article, publié il y a quelque temps dans la « *Revista frenopatica Barcelonesa*, » si mes souvenirs sont précis.

Tandis qu'en Allemagne et en Espagne la folie à double forme a été l'objet de recherches spéciales, elle a été si peu étudiée en Angleterre, que nos confrères d'Outre-Manche ne connaissent pour ainsi dire pas cette affection, ce qui semblerait indiquer qu'elle est bien plus fréquente dans les deux premiers pays que de l'autre côté du détroit. De fait, je me souviens que dans mon récent voyage à Barcelone, où j'allais accompagner un aliéné — précisément *circulaire,* dans la maison de santé — *Instituto frenopatico* — du Dr Pablo Lhorach, je fus frappé du nombre de malades atteints de folie à double forme — *locura circulas* — que me montra mon confrère espagnol.

L'auteur aborde, dans le *second et dans le troisième chapitres la symptomatologie* de la maladie, et il décrit successivement et séparément, la *période de dépression* et la *période d'excitation.*

La *période dépressive* de la folie à double forme, fait-il remarquer, peut présenter des degrés divers, depuis la *simple dépression* ou *état mélancolique* jusqu'au délire mélancolique proprement dit, et même à *la stupeur* la plus complète. Il y a même des malades qui, pendant cette période de l'accès, traversent successivement ces trois étapes progressives de l'état dépressif.

Pendant l'état de dépression simple, les malades présentent le masque de la tristesse : ils sont indifférents, humbles, résignés, négligés, parcimonieux à l'excès et même avares, de prodigues qu'ils étaient durant la période d'excitation ; oubliant même de se procurer ou de rem-

placer les objets de première nécessité. Ils sont entièrement passifs et n'ont plus aucune volonté. Ils cherchent à s'effacer, fuient la société, s'enferment chez eux, et souvent même restent couchés des journées entières. S'ils s'occupent encore, c'est aux choses les plus simples, sans initiative, et sans aucun entrain.

A un degré plus élevé, survient un véritable délire mélancolique avec le cortège habituel des symptômes qui l'accompagnent; craintes sans motifs, idées de défiance, de persécution, d'empoisonnement, de culpabilité imaginaire, de damnation; hallucinations terrifiantes, préoccupations hypochondriaques; enfin, idées et tendance au suicide.

Lorsque la période de dépression va jusqu'à la stupeur, le mutisme et l'immobilité sont absolus; le malade est comme transformé en une statue, parfois il prend des poses cataleptiformes. Il ne ferait aucun mouvement pour se nourrir et se laisserait mourir de faim, plutôt que de bouger, il a une véritable sitiophobie. En outre, les évacuations sont involontaires, et, dans certains cas, on observe du ptyalisme; la sécrétion de la salive et du fluide muqueux buccal est tellement abondante, que les liquides s'écoulent de la bouche entr'ouverte du malade d'une façon continue.

Dans cet état de stupidité, le cours des idées est très ralenti, mais il n'est pas aboli; car certains malades ont très bien su rendre compte, et de ce qu'ils avaient fait, et de ce qui s'était passé autour d'eux pendant cette période.

Signalons enfin, comme autres symptômes importants, susceptibles de se manifester : l'amaigrissement du corps, la diminution de l'appétit, la difficulté de la digestion, la persistance de la constipation, le ralentissement plus ou moins notable de la circulation et de la respiration, la cyanose des extrémités, parfois étendue à la face et à tout le corps, l'arrêt fréquent de la menstruation, etc., etc. Le sommeil paraît meilleur que dans la période d'excitation, mais il n'est ni régulier, ni prolongé.

Comme l'état de dépression, *l'état d'excitation* peut se présenter avec des degrés différents d'intensité, mais le plus ordinairement il consiste dans une simple *surexcitation* de toute la vie physique et morale sans délire bien déterminé.

Ce qui caractérise alors particulièrement les malades, c'est un besoin incessant de mouvement et d'activité auquel ils ne peuvent se soustraire. Ils vont, viennent, parlent, écrivent, font des visites, passent continuellement d'une idée à une autre, sans s'arrêter à aucune d'elles ; leur mémoire s'avive au plus haut degré, ils se rappellent les moindres circonstances de leur vie passée; tout ce qu'ils ont appris leur revient à la mémoire ; ils récitent de longs passages d'auteurs classiques, ils parlent plusieurs langues, composent des discours, des poésies, etc.

Moralement, ils sont les mêmes qu'au point de vue intellectuel. Ils passent de la joie à la tristesse, de l'amour à l'aversion et à la haine avec la plus grande facilité. Ils deviennent taquins, malveillants, querelleurs, malfaisants, inventent des mensonges, des calomnies qu'ils débitent avec l'habileté la plus grande; ils s'occupent de tout ce qui se passe autour d'eux, interprètent avec malveillance tout ce qu'ils voient, tout ce qu'ils entendent. Ils saisissent les défauts et les ridicules de chacun avec une sagacité et une promptitude incroyables; ils manient l'épigramme de la façon la plus spirituelle et la plus caustique, et trouvent toujours moyen de mettre les rieurs de leur côté.

Tout chez eux est excentrique, leur manière de parler, de marcher, de se présenter; leur accoutrement est souvent malpropre et fait de couleurs voyantes.

Ils ont très fréquemment une tendance irrésistible au vol, à la boisson, à la salacité, et se conduisent alors de la façon la plus révoltante.

A un degré plus élevé, à l'excitation maniaque viennent se joindre des idées délirantes; ainsi, leur vantardise naturelle peut aller jusqu'au délire des grandeurs et des richesses et présente tous les caractères du délire des paralytiques à la première période.

Parfois enfin, cet état d'excitation se trouve coupé par de véritables paroxysmes maniaques, pendant lesquels les malades sont en proie à l'agitation la plus vive, se livrent à des violences, brisent ce qui leur tombe sous la main, déchirent leurs vêtements, etc. Leurs discours sont incohérents et ils n'ont plus conscience de ce qu'ils disent ni de ce qu'ils font.

Concurremment, les mêmes phénomènes d'excitation se manifestent dans l'ordre somatique. En effet, les malades

ressentent un sentiment général de bien-être; ils n'éprouvent jamais de fatigue, malgré le mouvement incessant qu'ils se donnent; l'appétit est vif, le pouls et la respiration accélérés, le sommeil nul, l'embonpoint augmente, etc. Enfin, on observe parfois des phénomènes congestifs vers la tête et même des accidents cérébraux qui rappellent à s'y méprendre ceux qu'on observe chez les paralytiques au début : l'embarras de la parole, l'inégalité pupillaire, les attaques épileptiformes, etc.

Le *quatrième chapitre* est consacré à l'étude de *l'évolution* de la folie à double forme, *évolution de l'accès* d'abord, *évolution de la maladie* ensuite.

L'accès peut débuter soit par la phase maniaque, soit par la phase mélancolique. Le début par cette dernière période paraît toutefois être le plus fréquent.

La transition d'une période à l'autre peut s'effectuer de plusieurs manières différentes. Tantôt elle est *brusque* et se produit alors ordinairement pendant le sommeil; c'est souvent le cas dans les variétés à phases et à accès très courts. Un autre mode de transition plus fréquent, est le passage d'une période à l'autre *par degrés lents et insensibles;* on l'observe généralement dans les cas où les périodes se prolongent cinq, six mois, et même davantage. Un troisième mode de transition, décrit par M. Jules Falret sous le nom de *transition par oscillations successives*, consiste dans des séries d'alternatives rapprochées de manie et de mélancolie, servant d'intermédiaire entre la fin d'une période et le commencement de la suivante.

Au point de vue de la *durée de l'accès*, on peut admettre deux grandes classes : 1° dans l'une, se placeraient tous les faits dans lesquels les périodes sont irrégulières; ce sont généralement les accès à longue échéance. La période la plus longue est, dans ce cas, celle de dépression. 2° La seconde classe comprend les cas à accès réguliers, soit d'une durée d'un seul jour (*diurnes*, dit M. Ritti, mais *quotidiens* eut été préférable, ce me semble, car *diurne* veut plutôt dire *de jour* par opposition à *de nuit*, qu'exprimer la durée *journalière* d'un accès); *diurnes donc* ou *hebdomadaires* (terme encore inexact et qui serait mieux dit *septenaires*, *hebdomadaires* indiquant seulement l'arrivée d'une période tous les sept jours sans indication aucune de sa durée, tandis que *septenaire*, au contraire, signifie : qui

dure *sept jours*). Enfin, cette classe comprend encore les accès annuels, où chaque période a une durée de six mois.

En ce qui touche à *l'évolution de la maladie*, il est certain qu'une fois constituée, les accès qui la composent s'enchaînent de deux manières bien différentes. Les accès peuvent être séparés l'un de l'autre par des intervalles lucides plus ou moins longs, et l'on a alors la *folie à double forme à type périodique;* ou bien, ils peuvent se succéder sans interruption, ce qui constitue la *folie à double forme à type continue ou circulaire*. Le premier de ces types présente deux variétés : la *folie à double forme à type périodique à accès isolés*, et la *folie à double forme à type périodique à accès combinés*.

Quant aux *modes de terminaison*, on en admet quatre : la terminaison par *guérison*, rare d'habitude, surtout dans le *type circulaire*; celle par la *démence*, peu fréquente, et en tout cas, très tardive, les malades conservant pendant un temps presque indéfini l'intégrité de leurs facultés intellectuelles; celle par *transformation* en une autre forme de folie, en manie ou en mélancolie simple, par exemple ; enfin, la *terminaison* par la mort, qui n'a lieu pour ainsi dire que par suite d'accident, suicide dans la phase mélancolique, congestions cérébrales, attaques épileptiformes, etc., dans la phase maniaque.

Les deux chapitres suivants sont consacrés l'un au *diagnostic*, l'autre à l'*étiologie* de la folie à double forme. Dans le premier, est traitée la question de différenciation de la folie à double forme successivement avec la manie et la mélancolie simple, et surtout avec la paralysie générale, avec laquelle elle offre tant de ressemblance, dans sa période d'excitation. Dans le second, M. Ritti fait ressortir l'influence prédominante de l'hérédité — qui souvent ici peut-être est similaire — sur le développement de la folie à double forme. Puis viennent en seconde ligne, les traumatismes cérébraux, l'hystérie surtout, l'épilepsie, et enfin, au dernier plan les causes occasionnelles, c'est-à-dire, les affections organiques, la ménopause, les troubles de la menstruation, les excès de tout genre, la fatigue, les fièvres compliquées d'accidents cérébraux, et enfin toutes les influences qui peuvent être rangées sous la dénomination générique de causes morales.

La folie à double forme, paraît plus commune chez les femmes, et débute le plus souvent de vingt à trente ans.

Le *huitième chapitre* est consacré à *l'étude de la folie paralytique à double forme* ou circulaire et à celle des *rapports* de la folie à double forme avec l'ataxie locomotrice, questions encore neuves, pour ainsi dire, et qui demandent encore de nouvelles recherches avant d'être élucidées.

Le *traitement* (chap. IX) doit, d'après M. Ritti, répondre à deux indications; 1° *prévenir le retour des accès;* 2° *combattre les accidents de chaque période.*

Pour prévenir le retour des accès, c'est-à-dire pour combattre la maladie elle-même, M. Ritti préconise surtout l'emploi du sulfate de quinine auquel on a eu recours depuis longtemps, en raison même du caractère franchement périodique de la maladie et qui paraît avoir donné quelques résultats heureux. On devra débuter par 30 à 40 centigrammes, pour arriver rapidement à deux grammes, dit l'auteur. Les autres médicaments employés dans le même but, c'est-à-dire pour combattre la périodicité des accès de folie à double forme sont le bromure de potassium, enfin les injections sous-cutanées d'opium et de morphine! Quant à la seconde indication du traitement, à la médication des accidents dans chaque période, elle varie évidemment suivant les cas, et surtout suivant la phase en cours d'évolution. En général, on use des mêmes moyens que pour une manie ou une mélancolie simple, les symptômes, étant au fond de même ordre,

Le *dixième et dernier chapitre* est consacré à la *médecine légale* de la folie à double forme. La question est à peine ébauchée, mais l'auteur rapporte l'observation très intéressante, publiée en 1860 par M. Girard de Cailleux dans les *Annales médico-psychologiques;* observation qui résume à elle seule les principales considérations à émettre sur la médecine légale des fous circulaires.

Tel est le livre de M. Ritti, livre intéressant, attrayant, et par la multiplicité des observations (80) qui y sont reproduites, et par la variété du sujet traité et puis, par l'élégance et la clarté du style. On y trouvera tous les éléments que comporte l'étude de cette espèce de folie si curieuse et si terrible : la folie à double forme ou circulaire.

D[r] E. RÉGIS.

JOURNAUX ANGLAIS

Brain

(Octobre 1882).

Dr James Ross. De la paralysie spasmodique de l'enfance.

Le docteur Ross reconnaît deux groupes principaux dans les paralysies provenant de lésions organiques du système nerveux.

D'une part, la paralysie atrophique, caractérisée par la flaccidité des muscles, leur atrophie progressive, la perte de leur contractilité électrique et de leurs réflexes; d'autre part, la paralysie spastique ou spasmodique, caractérisée par un état de tension ou de spasme des muscles affectés, par la conservation de leur nutrition et de leur réaction électrique, et par l'augmentation de leurs réflexes.

Les symptômes cliniques de chacun de ces groupes sont assez peu accusés au commencement de l'affection et dans les cas peu intenses ; ce n'est souvent que plus tard que l'on peut indiquer d'une façon à peu près certaine que l'on a affaire à l'une ou à l'autre des deux formes de paralysies.

Les lésions anatomiques sont plus nettes que les troubles fonctionnels au début et la différence entre les deux formes d'affections est précise.

La paralysie atrophique a sa source dans la dégénérescence des cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle et de leur continuation dans le bulbe, pont de Varole, etc.

La paralysie spasmodique est causée par la dégénérescence des grandes cellules ganglionnaires de la troisième couche de la zone motrice corticale, ou des fibres dans les pyramides, fibres qui unissent ces cellules aux cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moëlle et des homologues de ces cornes dans le bulbe, le pont et les pédoncules cérébraux.

Au point de vue de la lésion organique, le docteur Ross donnerait encore volontiers le nom de *spino-périphérale* à la paralysie atrophique, celui de *cérébro-spinale* à la paralysie spasmodique.

Les principes fondamentaux de la pathologie de ces affections sont déjà connus ; aussi, est-ce sur les détails qui ont été moins étudiés, mais qui néanmoins, ont une grande importance, que s'appesantit M. Ross. Il donne dans sa monographie un nombre d'exemples plus ou moins typiques de paralysie spasmodique de l'enfance qui serviront à élucider bon nombre de points encore douteux aujourd'hui. La première partie du travail en contient cinq extrêmement intéressantes, tant au point de vue des troubles fonctionnels qu'au point de vue des recherches étiologiques. Nous reprendrons cette analyse quand les travaux de l'auteur seront achevés.

Dr Hughlings Jackson. Convulsions localisées par suite d'une tumeur cérébrale.

Il s'agit ici d'une de ces intéressantes observations qui contribuent une à une à asseoir l'histoire des localisations. Nous en donnons une analyse succincte.

Le malade, un homme âgé de 38 ans, est admis pour la première fois à *London hospital*. il accusait alors des crises deux ou trois fois par semaine ; et cela depuis deux ans. Le malade décrit ainsi les attaques : il se sentait étourdi, puis son gros orteil droit était pris de « crampes » et était attiré vers la plante du pied ; sa jambe et surtout le mollet se contractait; il sentait alors jambe et genou se soulever. Cet état durait ordinairement de cinq à dix minutes ; il aurait cependant quelquefois duré une heure. Il appelait cela ses crises faibles, mais il en avait d'autres qu'il appelait ses crises fortes et dans lesquelles le bras était affecté, après la jambe toutefois ; le spasme commençait dans les doigts, passait au bras, puis, souvent, main et bras étaient attirés au-dessus de la tête ; la bouche prenait part à ces troubles convulsifs. Dans les fortes attaques, il perdait connaissance, et ne sait pas si le côté gauche était affecté.

Il se rappelle son étonnement lors de sa première attaque, lorsqu'il vit sa jambe droite se soulever pendant qu'il parlait ; bientôt il tomba, les deux membres de ce côté pris de convulsions ; ce jour-là il perdit connaissance.

Les attaques de ce malade, variant dans leur intensité lui laissaient à certaines périodes assez de répit pour lui permettre de vivre au dehors ; il quitta donc l'hôpital,

mais il se présentait souvent à la consultation et ne fut pas perdu de vue.

En septembre 1875, nouvelle admission. Plusieurs points importants quant à l'état des membres pendant les attaques furent notés, mais, quoiqu'on s'en préoccupât, on ne trouva pas trace de paralysie. Cependant, le malade se plaignait de faiblesse du côté droit après ses crises. Un jour, immédiatement après des recherches minutieuses mais vaines au point de vue de la paralysie, il eut une attaque devant M. Atkinson, médecin résident à l'hôpital. Il y eut d'abord accélération de la respiration, puis des mouvements toniques de la main droite, du bras droit, et du côté droit de la face, suivis de spasmes cloniques. Une paralysie bien nette du bras succéda à ces convulsions ; les convulsions avaient commencé dans la jambe, mais la note prise sur le moment, n'en donne pas de détails, le malade se trouvant au lit, les jambes recouvertes. Du reste, il eut des attaques où les jambes seules furent intéressées ; le malade affirmait que la jambe droite tremblait seule, et que c'était les mouvements du corps qui faisaient croire au tremblement de la jambe gauche; cependant, à quatre reprises différentes on put s'assurer que la jambe gauche était bien convulsée par elle-même, quoique un peu moins violemment que la droite. Une fois, le malade avait eu douze crises pendant la nuit; une autre fois les crises avaient été si nombreuses qu'on ne put les compter. Souvent ses crises commençaient par l'impossibilité de parler; il s'agissait probablement d'aphasie. Une fois, après une crise, la jambe était restée paralysée.

Le 17 septembre, les convulsions cessèrent, les paralysies disparurent et notre homme quitta l'hôpital le 20.

Il fut réadmis une troisième fois le 28 janvier 1882. M. Coates, médecin résident, refit son histoire qui coïncida de point en point avec celles de 1872 et de 1875. Le 27 janvier, le patient, qui ne présentait pas de paralysie la veille, fut trouvé paralysé dans son lit. La face et la langue étaient dans l'état normal ; la parole bonne ; le bras droit était entièrement paralysé, et le seul mouvement qui lui fût possible de la jambe droite était une très légère flexion dans le décubitus dorsal. Il succomba le lundi 30 janvier à une pneumonie du côté droit,

A la nécropsie, on trouva le poumon droit hépatisé, et une tumeur, un gliôme, dans la couche corticale de l'hémisphère cérébral gauche. Une hémorrhagie à la surface du même hémisphère occupait le centre d'une zone formée par la moitié postérieure de la circonvolution frontale supérieure et la moitié supérieure de la circonvolution frontale ascendante. Autour de cette hémorrhagie centrale se voyaient de nombreuses hémorrhagies miliaires; une section verticale par le centre de l'hémorrhagie exposait la tumeur entourée, dans la substance corticale, de nombreuses hémorrhagies miliaires et surplombant un autre foyer hémorrhagique plus petit que le premier.

Cette observation est accompagnée de deux planches expliquant les détails de la nécropsie et suivie de remarques historiques et pratiques.

BRAIN
(Janvier 1883).

Dr DAVID FERRIER. — ATROPHIE MUSCULAIRE HÉMIPLÉGIQUE D'ORIGINE PÉRIPHÉRIQUE.

Deux cas : l'un de ces cas présente la forme d'une atrophie musculaire hémiplégique, forme rare entre toutes. Le malade, un médecin a pu donner lui-même une description absolument fidèle de son état. A la suite d'un accident de chasse, il avait reçu une blessure au crâne, la membrane du tympan du côté gauche avait été perforée, et la main si cruellement lacérée, que l'amputation avait dû être faite séance tenante. Le moignon était resté constamment douloureux pendant deux ans.

Peu après l'opération, faite en juin 1877, il s'aperçut que son bras gauche maigrissait; vers la fin de 1878, il ressentait à la face une sensation comme si un morceau de parchemin était tiré dessus; il essayait fréquemment de soulager cette sensation désagréable en se frottant la figure. Il avait eu même une sensation étrange et très pénible de « manque d'équilibre, » qui s'accentua vers le mois d'août 1879 et qui accompagnait un amaigrissement notable de la jambe gauche. Un peu plus tard enfin, il remarqua un amaigrissement semblable du côté gauche du thorax et de l'abdomen. Tous ces symptômes avaient été vus par le malade avant qu'ils pussent être reconnus par d'autres. Chose remarquable, chaque fois que les douleurs dans le moignon

s'exaspéraient, il y avait retentissement sur toutes les parties émaciées qui devenaient plus douloureuses à ces moments.

Le 28 janvier 1882, le moignon fut réamputé par M. Lister, et la plaie cicatrisée rapidement; puis le malade se soumit à la galvano-faradisation pendant environ six semaines, et il put enfin retourner dans les Indes où il habitait, parfaitement guéri.

L'examen du moignon immédiatement après l'amputation révéla la présence d'un névrôme de la dimension d'une noisette, situé sur le nerf radial près de son point de section. Il y avait des traces évidentes d'inflammation chronique du nerf radial. Le nerf cubital n'était pas intéressé dans cette lésion.

Y avait-il dans ce cas décrit in extenso par Ferrier, des modifications morbides dans la colonne grise antérieure de la moelle, modifications que le microscope pourrait démontrer, ou n'était-il question que d'une dépression fonctionnelle due à la persistance d'une irritation périphérique? L'auteur croit la dernière hypothèse plus probable, de par la cessation des symptômes dès que la cause eut été éloignée. Le point pratique que fait ressortir le Dr Ferrier est la possibilité d'un état morbide de toute la colonne grise d'un côté de la moelle, se développant à la suite d'une irritation périphérique persistante et à la fois ascendant et descendant du point de localisation primitif de la lésion.

Dr Angel Money. — Statistique de la chorée.

Cet intéressant travail a été fait selon la méthode du Dr Gowers. Il s'agit ici de l'analyse complète de deux cent quatorze cas de chorée. Chez soixante des jeunes patients l'affection avait fait explosion à la suite d'une frayeur; chez treize la cause était un accident; ici l'auteur met en question la valeur de la distinction que l'on a faite entre le choc physique et le choc psychique; chez neuf malades la cause était l'application intellectuelle trop intense; chez six c'était les chagrins; l'imitation, chez deux seulement; le défaut d'alimentation chez deux; mal au pouce chez un; le froid chez un autre; dans cent vingt des cas on ne pouvait arriver à aucune cause connue.

M. Money passe en revue avec grand soin les influences

du sexe, de l'âge, de la saison, des différentes affections dont souffraient ou avaient souffert les jeunes patients; le rhumatisme, les maladies du cœur; un long chapitre est donné à l'hérédité, un autre à la marche, aux allures de l'affection, à sa durée. Les tables sont claires et précises.

Dr W. ALLEN STURGE. — LES PHÉNOMÈNES DE L'ANGINE DE POITRINE; LEURS RAPPORTS AVEC LA THÉORIE DE LA CONTRE-IRRITATION.

L'auteur étudie certains phénomènes de l'angine de poitrine, non seulement pour les expliquer à son point de vue, mais encore pour les appliquer à la solution de certains autres problèmes dans la physiologie du système nerveux.

Il prend un malade type et après avoir détaillé minutieusement chacun des symptômes éprouvés par le patient il établit que l'attaque localisée au cœur peut en théorie reconnaître l'une des causes suivantes :

1° Une modification organique dans la substance du muscle cardiaque lui-même, ou quelque changement dans le contenu du cœur peut agir sur la terminaison périphérique des nerfs cardiaques.

2° Une commotion peut se développer spontanément dans la substance grise des ganglions sympathiques du plexus cardiaque ; cette commotion est alors transmise à la moelle épinière et au cerveau.

3° Une commotion qui se développerait spontanément dans les ganglions sympathiques cervicaux qui donnent des branches au plexus cardiaque, ou bien dans les ganglions du pneumogastrique.

4° Une commotion spontanée dans les parties de la substance grise de la moelle mises en communication avec ces ganglions par des bandes de substance nerveuse passant de la moelle au grand sympathique.

5° Une commotion dans la partie de substance grise du cerveau qui dans un des cas précités serait le récepteur des impulsions nerveuses venant de bas en haut.

Pour affirmer toutes ses hypothèses, le Dr Sturge reconnaît qu'il faut du temps et un nombre considérable d'observations probantes.

Pour le présent, il s'en tient toutefois à l'opinion généralement acceptée que dans la plupart des cas d'angine de poitrine associés à des lésions organiques du cœur ou des gros vaisseaux, l'irritation primaire a probablement lieu

à l'extrémité périphérique des nerfs cardiaques. Il est cependant prouvé, dit-il, qu'il y a des variétés d'angine de de poitrine qui trouvent leur étiologie dans une lésion développée spontanément dans les centres nerveux. Trousseau a depuis longtemps montré les relations entre l'angine de poitrine et l'épilepsie. M. Allen Sturge appuie son dire par quelques observations qui lui sont propres et par d'autres qu'il emprunte surtout à Trousseau ; sa monographie est empreinte d'une profonde érudition, mais elle est loin d'être concluante, du reste, l'auteur le dit lui-même.

Dr JULIUS MICKLE. LE PHÉNOMÈNE DU GENOU DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Le docteur Mickle étudie les relations entre le phénomène du genou et les différents symptômes que présentent les paralytiques généraux. Ses études ont été faites sur des cas personnels, et, si elles ne sont pas absolument probantes, elles présentent du moins des probabilités que de nouvelles recherches finiront sans doute par confirmer. Dans son travail, M. Mickle met le phénomène du genou en parallèle avec l'étiologie de la paralysie générale, avec la dysphagie, les attaques apoplectiformes, les hémiparésies temporaires, les attaques épileptiformes; il analyse la fréquence, l'exagération ou la diminution de ce symptôme dans les différents états intellectuels, dans l'hallucination, dans les douleurs que provoque la paralysie générale; il le considère dans ses rapports avec les fonctions vésicales, avec la sensibilité tactile des pieds, la sensibilité et la réaction des extrémités au pincement, au chatouillement, dans ses rapports avec la marche ; il compare le phénomène du genou et les pupilles, la réaction de l'iris, l'accommodation.

THE JOURNAL OF MENTAL SCIENCE

(Janvier 1883).

Dr GEO M. SAVAGE. — ATTAQUES DE MÉLANCOLIE PARALLÈLES CHEZ DES JUMELLES. — Il s'agit de deux sœurs, toutes deux mères de familles, chez lesquelles l'affection, mélancolie et stupeur, marche avec un parallélisme parfait. Les deux sœurs sont traitées séparément dans le même hôpital, mais la maladie n'en accomplit pas moins son cours d'une façon semblable pour chacune d'elles.

Dr H. Clifford Gill. Manie chez des jumelles. — Les patientes sont deux jeunes filles qui présentent une ressemblance physique frappante et qui ont toujours montré une sympathie réciproque et étrange dans leur état mental. Ainsi, un jour, l'une des sœurs se trouvant à York avec sa mère, dit à cette dernière que sa sœur, qui était à ce moment à Scarborough, devait souffrir, car elle se sentait elle-même sous le coup d'une attaque. Les deux sœurs n'avaient eu aucune communication, cependant le fait fut vérifié d'une façon frappante, elles avaient toutes deux, à distance et au même moment souffert de mal de tête bilieux. Leurs symptômes morbides cérébraux se développaient aussi à la même époque. La première, la plus raisonnable, est modiste ; la seconde, d'un caractère difficile, et peu semblable à sa sœur en ce sens, est tambour *dans l'armée du salut*. Il n'y a pas d'antécédents morbides héréditaires. L'espace nous manque pour décrire ces deux cas intéressants à de si nombreux points de vue, nous dirons seulement que l'affection semblable chez les deux sœurs, ne le fut pas dans son cours ni dans sa terminaison; à l'époque où la note fut prise, l'aînée était convalescente et pouvait quitter l'hôpital près de trois jours après l'explosion de son attaque, quant à la plus jeune, la plus violente, son état loin de s'amender devient de jour en jour plus grave.

Dr Julius Mickle. — Paralysie générale à la suite de blessures du crane. — Quatre observations de paralysie générale chez des soldats qui tous avaient reçu des blessures au crâne. Les blessures de cette nature qui conduisent à la paralysie générale semblent peu, pour la plupart, jouer le rôle de cause excitante. Ils ne feraient que prédisposer à l'affection terminale. Mais ceci, dit le Dr Mickle est plus apparent qu'exact ; la blessure peut avoir laissé derrière elle, non seulement des lésions morbides dans l'encéphale, mais encore, elle peut avoir provoqué quelque processus inflammatoire insidieux à la superficie du cerveau et des méninges, processus qui peuvent sous l'influence de causes excitatrices subséquentes, agir directement sur le développement de la paralysie générale.

D. Oscar Jennings.

(La suite au prochain numéro).

L'abondance des matières nous oblige à remettre au prochain numéro la fin de l'analyse des journaux anglais, l'analyse des journaux français, allemands et italiens.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans la liste, des docteurs en médecine auxquels la Faculté a accorde des récompenses pour leur thèse subie pendant l'année scolaire 1881-1882, nous sommes heureux de trouver les noms de deux de nos collaborateurs, MM. VARIOT et VALLON, qui ont obtenu chacun une médaille de bronze.

Le titre de la thèse de M Variot est le suivant: *Du rôle pathogénique des lésions viscérales et ganglionnaires dans la leucocythémie.*

La thèse de M. Vallon : *De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques,* a été analysée dans l'*Encéphale,* janvier 1883.

CERTAMEN DE MÉDECINE MENTALE. — Une réunion aura lieu les 25, 26, 27 et 28 septembre prochain, à Nueva-Belen (Saint-Gervais, près Barcelone), dans le but de discuter un certain nombre de questions relatives à la médecine mentale. Le nom de *certamen* a été substitué à celui de *congrès,* parce qu'il ne s'agit pas d'une assemblée internationale onverte à tous, mais d'une réunion restreinte à laquelle sont invités, par lettre de MM. les organisateurs du congrès, un certain nombre de médecins étrangers.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Georges BEARD, qui vient de succomber à New-York. Ce médecin distingué, auteur d'un traité classique d'électricité médicale, s'était spécialement occupé des affections nerveuses et de leurs rapports avec les maladies mentales. Ecrivain prolifique, il a laissé un grand nombre de travaux, parmi lesquels une brochure sur le Nervosisme américain (*American Nervousness*), qui a très justement attiré l'attention. L'aménité de son caractère et l'agrément de sa conversation lui avaient procuré de nombreux amis, non seulement en Amérique, mais encore en Europe, où sa perte sera vivement regrettée.

SAINT-QUENTIN. — IMPRIMERIE J. MOUREAU ET FILS.

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

NOTE SUR UN CAS

D'HÉMIPLÉGIE

SURVENUE DANS LE COURS D'UN DIABÈTE SUCRÉ

Par M. F. RAYMOND

Agrégé de la Faculté, medecin de l'Hospice des Incurables,

et G. ARTAUD

Interne des Hôpitaux.

S'il est généralement admis, depuis les recherches de Cl. Bernard, que certaines des lésions de l'axe cérébro-spinal peuvent engendrer le diabète ou du moins la glycosurie, il n'est pas moins démontré actuellement que le diabète peut à son tour provoquer l'apparition de symptômes nerveux variés, véritables complications de la maladie sucrée. C'est un point de l'histoire clinique du diabète sur lequel Marchal (de Calvi) a attiré, le premier, l'attention en 1864 et qui vient d'être étudié à nouveau par Bernard et Féré (*Archives de neurologie*, 1882) et Dreyfous (*Thèse d'agrégation*, 1883) (1).

Parmi ces complications nerveuses du diabète, les

(1) Pour plus amples renseignements, consulter :
Audrey. *Thèse de Paris*, 1859.
Lécorché. *Traité de diabète*, 1877.
Seegen. 140 observ. du diabète sucré. Berlin, 1875.
Mary. *Considérations sur le diabète. Thèse de Paris*, 1881.

paralysies forment une des classes les plus intéressantes. Or, ces paralysies peuvent se montrer à deux périodes différentes de l'affection ; soit, au début, comme symptôme initial et parfois révélateur du diabète, soit à une période plus avancée, comme symptôme tardif et quelquefois terminal.

Bien que pouvant revêtir le caractère hémiplégique ou même paraplégique, les paralysies *initiales* sont la plupart du temps des monoplégies qui se présentent avec des allures particulières. Elles s'accompagnent rarement de perte de connaissance; elles sont incomplètes et très souvent associées. Elles frappent un membre ou un segment de membre, un groupe musculaire; la face, par exemple, sera paralysée en même temps que l'extenseur de l'index droit (Lasègue), le bras gauche en même temps que la langue (Charcot). Elles sont mobiles, passagères, comme certaines paralysies syphilitiques, et ne paraissent pas par cela même devoir être rattachées à une lésion anatomique persistante.

Tout autres sont les paralysies *tardives*, qui affectent surtout le type hémiplégique. Ces paralysies, signalées par Richardson, Bischoff, Murray, Seegen, sont souvent précédées de troubles intellectuels analogues à ceux du ramollissement cérébral. Leur apparition est tantôt brusque, tantôt progressive; mais, la paralysie, une fois constituée, est fixe et permanente. Ces hémiplégies de la dernière période du diabète relèvent habituellement de lésions cérébrales vasculaires (hémorragie, ramollissement). Tel est le cas rapporté par Ogle qui parle d'un diabétique ayant présenté au bout de trois ans tous les symptômes d'un ramollissement dont il mourut; à l'autopsie, on put constater les lésions caractéristiques du ramollissement, et sur les artères cérébrales,

des altérations de nature ashéromateuse qui en avaient amené le rétrécissement. Tel est le cas que nous venons d'observer à l'hospice des Incurables d'Ivry et qui offre avec celui de W. Ogle de nombreux points de ressemblance.

Diabète sucré. — Hémiplégie gauche. — Ramollissement cérébral de l'hémisphère droit. (Observation recueillie par M. Lavie, interne provisoire du service).

V... C.... âgée de 68 ans, entrée le 1er avril 1882, à l'infirmerie, salle Sainte-Geneviève, n° 9.

Pas de maladies dans l'enfance. Règles apparaissent à 13 ans, abondantes et régulières. A 16 ans, fièvre thyphoïde. Mariée à 25 ans ; jamais d'enfants, ni de fausse couche.

Pour la première fois, il y a trois ans, la malade ressentit des démangeaisons insupportables du côté de la vulve. Ces démangeaisons s'exaspéraient par la miction ; elles gagnèrent ensuite les autres parties du corps. La malade s'aperçut également que ses mictions devenaient plus fréquentes et plus abondantes ; la nuit, comme le jour, elle urinait 4, 5, 6 fois. En même temps soif intense, sans modification de l'appétit.

Un an après l'apparition de ces symptômes, la vue s'obscurcit progressivement. L'œil droit perdit d'abord de son acuité, puis l'œil gauche se prit ensuite ; actuellement il existe une cataracte double à peu près complète. La vue est presqu'abolie ; à peine la malade peut-elle distinguer le doigt placé à cinq centimètres de son œil.

La malade parait avoir conservé tout son embonpoint. L'appétit est conservé, mais non exagéré ; il n'y a pas de même de soif intense. Digestions faciles ; constipation opiniâtre.

Le foie n'est pas augmenté de volume ; il n'est pas douloureux à la pressisn et ne déborde pas les fausses côtes. La rate a ses dimensions normales.

L'examen du cœur et du poumon ne révèle rien de particulier, si ce n'est un léger souffle, un peu rude au premier temps et à la base. Le pouls est régulier, donne 70 pulsations à la minute. L'artère radiale est dure et roule sous le doigt.

Lorsqu'on traite les urines par la liqueur de Bareswil, on obtient un précipité rouge-brique intense. L'analyse par le saccharimètre donne 15 grammes de sucre par litre. L'acide nitrique et la chaleur décèlent aussi la présence d'une assez grande quantité d'albumine.

Du mois d'avril au mois de décembre. on nota, comme symptôme nouveau, des douleurs de tête, très vives, lancinantes, siégeant sur le côté droit et dans la région occipitale. Cette céphalé

survint vers le mois de novembre et s'accompagna d'un affaiblissement intellectuel de plus en plus prononcé.

La quantité d'urine rendue chaque jour oscilla entre 1500 et 2000 grammes. Le sucre et l'albumine furent dosés à différentes reprises ; le sucre oscilla entre 15 et 25 grammes par litre, l'albumine, entre 1 gramme et 1 gr. 50, comme le montre le tableau suivant :

	SUCRE	ALBUMINE
8 juin 1882..........	18gr.5.........	0gr 9.
15 —	20 ».........	1 5.
1er juillet	17 3.........	1 5.
12 —	21 6.........	0 9.
23 —	25 7.........	1 2.
28 —	25 4.........	1 4.
4 août	25 2.........	1 5.
7 —	25 6.........	1 5.
14 septembre.........	30 7.........	1 2.
20 octobre	31 5.........	1 2.
11 novembre..........	32 2.........	1 4.

Le diabète suivait son cours, lorsque, dans les premiers jours de janvier 1883, la malade s'aperçut qu'elle remuait difficilement le bras gauche. Cette faiblesse du bras gauche s'accentua peu à peu, gagna la jambe, et voici ce qu'on notait le 10 janvier :

Etat cérébral très accusé. La malade a perdu presque complètement la mémoire et répond difficilement aux questions qu'on lui adresse. Les douleurs occipitales sont toujours très vives. Il n'y a pas de *paralysie de la face*, ni des *muscles de l'œil.*

Le *bras gauche* est très faible, mais non entièrement paralysé ; la malade peut encore serrer la main, mais la pression est insignifiante, si on soulève lebras, il retombe inerte. La sensibilité à la douleur est un peu diminuée ; la sensibilité à la température est conservée. Réflexes intactes ainsi que la contractilité électrique.

La *jambe gauche*, quoique très affaiblie aussi, exécute néanmoins quelques mouvements ; c'est ainsi que la malade peut détacher le talon du plan du lit. Mais la marche est impossible. Mêmes troubles de la sensibilité qu'au bras. Contractilité électrique conservée. Réflexe patellaire exageré.

L'hémiplégie devient de plus en plus complète : mais elle ne s'accompagne d'aucun phénomène nouveau jusqu'à la mort, qui arrive le 21 janvier, par broncho-pneumonie.

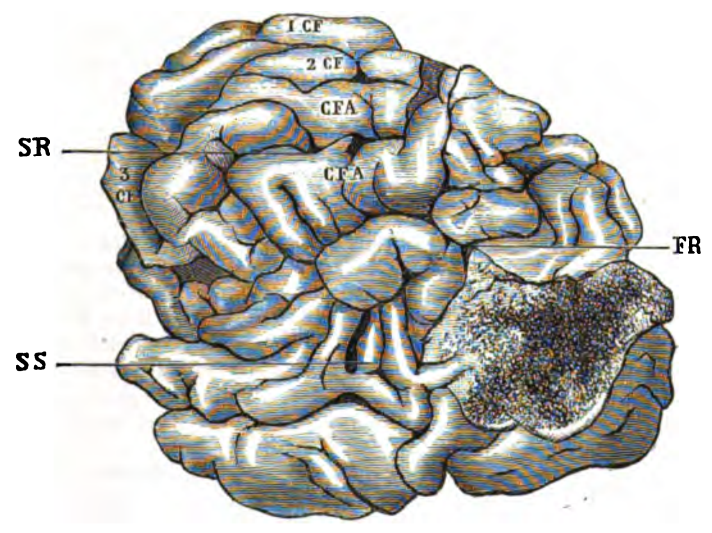
Autopsie, faite le 23 janvier, 36 heures après la mort.

Cerveau. Les artères de la base sont très athéromateuses et présentent, de distance en distance, de petites dilatations.

Après la section du corps calleux, écoulement notable de liquide céphalo-rachidien.

Sur l'*hémisphère droit*, foyer de ramollissement ayant pour

limites les circonvolutions suivantes : en avant, la pariétale ascendante ; en bas, la 1re circonv. temporo-sphénoidale ; en haut, le bord supérieur de la pariétale supérieure, en arrière, les circonvolutions de passage du lobe occipital. Au niveau du ramollissement, les méninges sont adhérentes ; on entraine avec elles des fragments de substance cérébrale. Le foyer descend à environ 15 millimètres de profondeur.



I C.F. Première circonvolution frontale.
2 C.F. Deuxième circonvolution frontale.
C F.A. Circonvolution frontale ascendante.
3 C.F. Troisième circonvolution frontale.
C P.A. Circonvolution pariétale ascendante.
S.R. Scissure de Rolando.
S.S. Scissure de Sylvius.

Rien de particulier sur le *lobule paracentral* et la *face interne* du cerveau.

Ganglions centraux, sains.

Bulbe et moëlle. Rien d'apparent à l'œil nu sur le plancher du 4e ventricule, ni sur les coupes transversales du bulbe et de la moëlle.

Cœur. Le cœur est mou et flasque. Poids = 280 grammes. Pas de liquide dans le péricarde, ni de plaques laiteuses. Surcharge graisseuse à la face antérieure des ventricules et à la pointe. A la coupe, petites zones fibreuses sur les piliers du ventricule gauche ; pas d'augmentation d'épaisseur des parois. Valvule mitrale légèrement épaissie. Ventricule droit, normal.

Aorte. L'aorte est parsemée de plaques athéromateuses, à leurs

diverses phases d'évolution depuis l'origine des coronaires jusqu'à l'aorte thoracique.

Poumons. Œdème du lobe inférieur du poumon droit. Emphysème au sommet et sur le bord antérieur.

Dans la moitié inférieure du poumon gauche, broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Pas de tubercules.

Foie. Légèrement augmenté de volume, sans périhépatite. Poids = 1.600 grammes. A la coupe, coloration rappelant un peu celle du foie muscade ; tissu ferme et se laissant difficilement déchirer par le doigt. Pas de travées fibreuses péri ou intra-lobulaires à l'œil nu. Vésicule remplie d'une bile brun noirâtre. Voies biliaires libres.

Rate. Ne présente rien de spécial. Consistance ferme. Pas de périspléuite. Pas de dégénérescence amyloïde. Poids = 95 gr.

Pancréas paraît normal. On ne constate ni atrophie, ni sclérose, du moins à l'œil nu.

Rien de particulier du côté de l'*estomac* et de l'*intestin*.

Reins. Le rein *gauche* pèse 180 grammes. Il se décortique assez facilement ; sa surface est cependant parsemée de petits kystes et de dépressions cicatricielles. On voit aussi de très fines granulations, dont les plus grosses atteignent le volume d'une tête d'épingle. A la coupe, la substance corticale ne paraît pas diminuée d'épaisseur : mais le tissu rénal est dur et ne se laisse pas déprimer par le doigt. Congestion assez intense à la base des pyramides. Rien du côté de l'uretère, ni du bassinet.

Le *rein droit* est excessivemement atrophié. Il ne pèse que 58 grammes. Au niveau du hile du rein et à l'intérieur du bassinet, grande accumulation de graisse. On ne peut enlever la capsule fibreuse sans entraîner avec elle de débris de la substance rénale. La surface est rouge, couverte de granulations dont le volume varie depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'un grain de chénevis. Entre les granulations apparaissent ces cicatrices fibreuses plus ou moins étoilées; nulle part on n'aperçoit de kystes. A la coupe, on reconnaît à peine la structure du rein ; la substance corticale est réduite a une épaisseur de 3 millimètres; la substance pyramidale est aussi très amincie et les pyramides n'atteignent guère que le tiers de leur hauteur normale. Le rein est très dur. Pas de dilatation de l'uretère.

Examen histologique.

Bulbe et moëlle. — Après avoir laissé le bulbe et la moëlle dans la bichromate d'ammoniaque pendant six semaines, puis dans l'alcool pendant trois jours, nous avons pratiqué des coupes méthodiques sur toute la hauteur du bulbe et sur différents points de la moëlle, au niveau du renflement cervical, du renflement lombaire et de la partie moyenne de la moëlle dorsale. Malgré un examen attentif de nos coupes, le bulbe et la moëlle nous ont par

avoir leur structure normale, et en aucun point nous n'avons rencontré les lésions signalées par Dickinson (1) chez les diabétiques, c'est-à-dire : dilatation des capillaires et des espaces périvasculaires, lacunes cellulaires, dilatation du canal central de la moëlle. Bien au contraire, nous avons vu le canal central oblitéré par l'épithélium proliféré ; les artères nous ont paru légèrement épaissies (périartérite sans endartérite), et les cellules, surtout celles des cornes antérieures, un peu atrophiées et très pigmentées. Mais ce sont là des altérations banales, relevant de la sénilité et n'ayant rien à voir avec le diabète.

Aucune dégénérescence secondaire, soit dans le faisceau pyramidal croisé, soit dans le faisceau pyramidal direct.

Foie. — Le foie présente, à un faible degré, les premières altérations de la cirrhose cardiaque. Les espaces portes sont élargis et comblés par une néoformation conjouctive adulte ; dans beaucoup d'espaces les parois de l'artère hépatique sont épaissies et la lumière du vaisseau est presque oblitérée par les végétations de l'endartère. Les ramifications de la veine porte, plus larges qu'à l'état normal, sont entourées d'un cercle fibreux complet : çà et là, on aperçoit quelques canalicules biliaires dont l'épithélium cubique est bien conservé, mais dont le nombre ne paraît pas accru.

De l'espace porte, la trame conjonctive empiète un peu sur la périphérie du lobule dont elle détache quelques groupes cellulaires, mais elle ne forme nulle part de cercle complet au lobule.

La veine centrale est dilatée, mais ses parois ne sont pas épaissies : les capillaires sont remplis de globules et distendus en certains points jusqu'à former un tissu caverneux. Au centre du lobule, les cellules hépatiques ne présentent pas d'altérations notables : à la périphérie, elles sont infiltrées de graisse, mais, en aucun point, ne présentent l'infiltration mélanique, décrite récemment dans le diabète par Hanot et Chauffard (2).

Cœur. — (Coupe transversale passant par un des piliers du ventricule gauche.)

Le péricarde n'est pas épaissi : les fibres musculaires sous-jacentes, sectionnées suivant leur longueur, offrent, autour du noyau, fortement coloré par le carmin, un amas de granulations pigmentaires, dont la coloration varie du brun-noirâtre au jaune-clair (infiltration pigmentaire sénile). La striation est d'ailleurs parfaitement conservée et, à part cette pigmentation, il n'y a aucune altération de la fibre musculaire.

Le tissu conjonctif devient de plus en plus abondant à mesure que l'on avance vers l'endocarde ; on remarque à ce niveau de véritables ilots de tissu fibreux adulte, qui semblent avoir pour point de départ la tunique externe et qui dissocient les fibres muscu-

(1) *Dickinson*, the Lancet, 1879, et du diabète. Londres, 1877.
(2) *Hanot et Chauffard*. Cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète, Revue de Médecine, mai 1882.

laires. Celles-ci se montrent tantôt isolées et complètement distinctes les unes des autres, tantôt en petits groupes de cinq, six, dix ou même plus, que séparent de larges travées conjonctives. Mais, isolées ou non, les fibres cardiaques ont conservé leurs dimensions normales.

Les tuniques moyenne et externe des artères de moyen calibre sont le siège d'une abondante prolifération nucléaire ; les petites artères sont atteintes à la fois de périartérite et d'endartérite, et celle-ci constitue en dedans de leur lame élastique interne une série de végétations qui oblitèrent presque complètement la lumière du vaisseau.

Reins. — Le rein gauche présente des lésions diffuses portant à la fois sur les vaisseaux, les épithéliums et le tissu conjonctif.

Comme les artères du cœur, les artères du rein sont atteintes d'endo-périartérite ; leurs tuniques moyenne et externe possèdent une grande quantité d'éléments cellulaires, et, en dedans de leur lame festonnée on voit très nettement de petites végétations qui tendent à rétrécir la lumière du vaisseau. Parmi les artères droites de la substance pyramidale, il en est quelques-unes dont la lumière a été entièrement effacée par ces végétations de l'endartère. Les glomérules sont entourés d'un anneau plus ou moins complet de tissu conjonctif adulte : les fibres conjonctives empiètent parfois sur le territoire même du glomérule et compriment d'autant le lacis capillaire entre les mailles duquel elles sont insinuées.

L'épithélium plat des tubes collecteurs et des anses descendantes ne paraît pas très altéré ; en quelques points il s'est détaché, en quelques autres il est en contact intime avec un cylindre hyalin qui obstrue le canalicule, mais presque partout il est conservé. Il n'en est pas de même de l'épithélium des tubes contournés qui est granulo-graisseux et dont les débris remplissent la lumière des tubuli.

Le tissu conjonctif est partout très abondant ; il forme un cercle complet autour des artérioles et des canalicules, autour des glomérules et des tubes contournés. Il est composé de fibres adultes, et l'on voit très peu de noyaux.

Le *rein droit* présente les mêmes lésions, mais à un degré beaucoup plus avancé ; c'est un type de rein interstitiel arrivé à la période atrophique. La plupart des glomérules sont fibreux ; parmi les tubes, les uns sont dilatés et remplis par un cylindre colloïde, les autres, et c'est le plus grand nombre, sont atrophiés et comprimés par la trame conjonctive. Il semble même en certains points que les tubes aient disparu et soient remplacés par des îlots de tissu fibreux.

L'observation que nous venons de rapporter présente un certain intérêt au point de vue clinique

comme au point de vue anatomo-pathologique. Au point de vue clinique, nous voyons une femme de 68 ans, devenir à la fois rénale et diabétique ; chez elle, la lésionrénale se traduit par de l'albuminurie et ne s'accompagne pas d'hypertrophie cardiaque, comme c'est cependant la règle à cet âge. Le diabète, de son côté, évolue en trois ans ; c'est un diabète à peu près fixe, au sens que le professeur Lasègue a attaché à ce mot et qui ne détermine pas d'amaigrissement. Vers la fin de la vie, il provoque des troubles cérébraux, puis une hémiplégie, tous symptômes d'un ramollissement que l'autopsie est venue confirmer.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que notre malade était un type de sclérose vasculaire généralisée (sclérose rénale, scélérose cérébrale, sclérose cardiaque, sclérose hépatique), et que la sclérose vasculaire cérébrale, en particulier, dont elle était atteinte, explique, tout aussi bien que le diabète, le ramollissement cérébral des derniers jours. Mais doit-on voir, dans le cas actuel, un rapport de cause à cet effet entre la sclérose généralisée et le diabète? Nous l'ignorons. Nous rappellerons néanmoins en terminant que, à part les lésions vasculaires, nous n'avons trouvé aucune altération notable du bulbe et du foie, tandis que la sclérose artérielle du cerveau et du rein a été maintes fois rencontrée dans le diabète par Seegen et Dickinson.

DES GUÉRISONS TARDIVES DANS LA FOLIE

Par le Docteur J. LUYS.

Les débats qui ont eu lieu, en 1882, devant l'Académie de médecine, au sujet des rapports du divorce et de la folie, ont soulevé certaines questions spéciales jusqu'ici mal étudiées et sollicité dans le monde médical aliéniste des travaux originaux d'une certaine importance. Parmi ces questions nouvellement posées se trouvent tout d'abord celle de la curabilité de la folie qui a servi de pivot au débat, et, comme corollaire, celle à laquelle la folie peut être considérée comme ayant cessé d'être curable.

On se rappelle, en effet que M. le docteur Blanche dominé par certains faits de son expérience personnelle, a soutenu cette thèse : que la folie, même après avoir bouleversé les facultés mentales pendant de longues années, était capable à un moment donné de s'arrêter dans sa course et de permettre à ceux qu'elle avait frappés de récupérer l'exercice de leurs facultés. Il a rappelé, à l'appui de sa thèse, une série d'observations personnelles dont j'ai déjà suffisamment signalé les côtés faibles pour n'avoir pas de nouveau à revenir sur leur critique; et dans ses conclusions il est arrivé à formuler cette opinion qu'il y avait des guérisons tardives de la folie, guérisons inattendues, et que dans ce domaine spécial de la pathologie humaine il y avait aussi à compter avec certains facteurs qu'on ne pouvait prévoir et dont on ignorait la portée.

Ces considérations d'une nature toute consolante

et destinées évidemment à avoir un retentissement dans le cœur des personnes peu au courant des choses de la pathologie mentale sont, quoi qu'on dise, en désaccord avec la réalité des faits et avec les observations de la clinique.

Contradictoirement à l'opinion de M. Blanche, en effet, en m'appuyant sur des observations pathologiques bien suivies, et en tenant compte surtout des désorganisations profondes que laissent dans la trame si délicate des centres nerveux les ébranlements prolongés des accès de folie, j'ai démontré, je dirai même, pièces en mains, que cette trame ne pouvait résister indéfiniment à des ébranlements réitérés, et que fatalement, en raison même de l'évolution des processus, les attaques devaient, à la fin, avoir raison de la défense, et que l'usure indélébile des éléments de l'activité mentale était l'épilogue obligé de troubles fonctionnels persistant pendant de longues années. — J'ai montré ainsi que la démence progressive suivait d'une manière fatale le jeu désordonné des organes cérébraux et qu'au bout d'un certain temps ces organes étant mis hors de service, il n'y avait plus à compter sur leur réintégration dans la vie active, la folie ayant accompli son œuvre en déterminant une démence désormais incurable (1).

J'ai donc été amené à dire que la folie comme tous

(1) J'ai été amené à formuler les chiffres de quatre ans pour les hommes et de cinq ans pour les femmes, relativement à l'époque de la démence confirmée, et comme ces chiffres n'ont pas semblé être en rapport avec la réalité, je tiens à les rectifier de la manière suivante : j'entends ainsi spécifier quatre ans et cinq ans de démence confirmée; les années ne doivent pas être supputees à partir du début de la maladie mais à partir du moment où la démence est constatée et où la chronicité étant établie, le malade vit dans un état d'isolement complet et d'indifférence profonde pour tout ce qui l'environne.

les genres de maladies, avait des allures propres et une marche déterminée, et qu'au bout d'un certain temps, variable suivant les sujets, les médecins expérimentés pouvaient incontestablement se prononcer sur le sort des aliénés soumis à leur examen en tenant compte de la marche naturelle de la maladie, de la direction qu'elle suit, des conditions héréditaires qui l'ont engendrée, et formuler un pronostic précis, sans avoir à compter avec des inconnues inattendues, comme celles que ferait espérer la doctrine des guérisons tardives. Ainsi que je viens de le dire, je pense donc qu'en mettant les phases aiguës de la maladie à deux ans de durée, et les phases chroniques à quatre ans pour les hommes et à cinq ans pour les femmes, on arrive à une moyenne de six et sept ans au bout de laquelle on ne rencontre plus de véritables restaurations des facultés.

La question posée en ces termes a naturellement sollicité l'attention des médecins aliénistes des départements chargés de la direction des grands asiles et ayant à leur disposition une grande quantité de documents afférents à ce problème; et c'est ainsi qu'un certain nombre de travaux ont surgi et apporté à l'appui de cette question des données nouvelles.

Parmi les travaux les plus dignes d'intérêt que j'ai à signaler, je citerai tout d'abord le remarquable mémoire de M. le Dr Rousseau, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre (1), qui est arrivé d'après ses statistiques faites sur un grand nombre de cas à confirmer les chiffres moyens auxquels j'étais arrivé, c'est-à-dire à fixer à sept ans la période à laquelle il ne faut plus guère compter sur des guérisons, en montrant

(1) L'*Encéphale*, 1882. N° 3, page 446.

que ce que l'on appelle la plupart du temps des guérisons tardives ne sont que des cas de démence tranquille.

M. le Dr Rousseau a opéré sur un grand nombre de cas recueillis sur les registres des asiles publics de l'Yonne et du Jura. Le nombre de guérisons comptées par lui s'élève à 1,433 malades des deux sexes.

Le plus grand nombre des guérisons a été obtenu dans le courant des deux premières années qui ont suivi le placement; il s'est élevé à 874 pour la première année et à 373 pour la deuxième.

Dans l'intervalle de 2 à 7 ans le chiffre des guérisons s'est trouvé réduit d'une manière considérable. C'est ainsi qu'au bout de 2 à 3 ans de séjour le chiffre tombe de 373 à 83.

De 3 à 4 ans de séjour, le nombre des guérisons diminue encore; il tombe à 34.

De 4 à 5 ans il s'abaisse encore et tombe à 23.

Après 5 ans on note 15 guérisons; après 6 ans on en note 6; après 7 ans on en note 11; après 8 ans, 3; après 9 ans, 1; après 10 ans, 1; après 11 ans, 4; après 13 ans, 1, etc.

Plus le temps marche, plus la maladie fait des victimes; si bien qu'après la 7e année de séjour dans l'asile commence une troisième période pendant laquelle les aliénés dont la vitalité intellectuelle avait résisté jusqu'alors finissent par tomber dans la démence.

La rareté des guérisons tardives après cette époque est telle, dit M. Rousseau, qu'à l'asile d'Auxerre, dans un intervalle de 63 ans, sur une population de 3,707 aliénés, il n'y en a eu que deux qui aient été cons-

tatées authentiquement. A l'asile de Dôle sur un effectif de 2,316 malades on n'en a compté que 5 en 46 ans; mais sur ces cinq, une seule a pu être constatée sérieusement. En voici le résumé, et on se demande véritablement s'il s'agit là d'un cas de pathologie mentale.

Le sujet dont il est question est en effet une femme qui au bout d'un séjour de 11 ans dans l'asile où elle était considérée comme démente, indifférente à tout ce qui se passait autour d'elle et menant une vie purement végétative, sortit un jour, paraît-il, de sa torpeur, et se retrouva en possession d'elle-même et de sa lucidité. Le cas de cette malade qui rappelle assez exactement par son début rapide, par le sexe du sujet, certains phénomènes similaires que l'on voit se développer chez les hystériques qui guérissent subitement quelquefois d'une contracture, d'une paralysie, après de nombreuses années d'impotence fonctionnelle, indique que dans le cas actuel il s'agit principalement d'un sujet dont l'histoire pathologique appartient plutôt au cadre des névropathies que des vésanies proprement dites.

Nous considérons donc cette observation unique comme n'ayant pas une valeur scientifique véritable, et d'accord avec M. le docteur Rousseau, nous dirons avec ce judicieux observateur qu'il existe des aliénés qui cessent de délirer à mesure que la démence les envahit, que leur débilité mentale reste latente, qu'ils reprennent des allures régulières, qu'ils peuvent être rendus à la vie commune et, qu'en définitive, ce sont les malades de cette catégorie qui sont susceptibles d'être méconnus et qui viennent grossir indûment le chiffre des guérisons tardives (1).

(1) Il suffit, en effet, pour se rendre compte de l'état de démence

Les chiffres que nous venons de citer parlent d'eux-mêmes, comme on le voit, et viennent d'une manière très nette confirmer les conclusions que nous avons émises au sujet de l'époque à partir de laquelle il ne fallait plus compter obtenir de guérison dans la folie proprement dite. Le chiffre de sept années, formulé par M. Rousseau, concorde d'une manière satisfaisante avec le chiffre que j'avais mis en avant; car il va de soi, que d'après l'indication de l'état mental des malades sortis après cette période, la plupart étaient frappés d'un affaiblissement plus ou moins caractérisé de leurs facultés et de l'incapacité de pourvoir à leurs besoins. Il convient donc d'analyser les faits cités avec soin et d'avoir des notes précises sur l'état mental des malades au moment de leur sortie, ainsi que sur leur tenue ultérieure. Faute d'agir ainsi on risque fort de grouper dans des statistiques des éléments incomplets et de s'exposer à porter en public des documents sans valeur.

C'est, en effet, ce qui est arrivé à M. le docteur A. Giraud, directeur-médecin de l'asile de Fains.

Les notes médicales dont il s'est servi sont souvent incomplètes; les diagnostics sont imparfaitement exposés, et, chose étrange, il existe un certain nombre de malades qui, quoique guéris, ont séjourné pendant plusieurs années dans l'asile, à titre d'employés; si bien que, si on n'y prenait garde, en supputant les dates de chaque cas particulier, on serait amené à considérer les malades comme seulement guéris au moment de leur départ, alors que depuis longtemps

plus ou moins avancé des malades sortis après 8, 9, 11, 13, 16, 18 et 24 ans de séjour dans un asile, de lire les notes médicales afférentes à chaque malade de l'asile d'Auxerre au moment de leur sortir, ainsi que M. le Dr Rousseau les a signalées. (*L'Encéphale*, n° 3, page 450.)

ils auraient pu être mis en liberté. Ces séjours prolongés dans l'asile, purement facultatifs, ne sont donc aucun appoint valable à l'étude des guérisons tardives.

Dans la liste des observations citées il y a encore une autre cause d'erreur, c'est que, parmi les malades en question, il en existe un grand nombre atteints de folie périodique. Or, on sait combien les périodes de calme, dans certains cas, sont longues, et combien fréquemment, pour ne pas dire constamment, la démence arrive d'une façon insensible. C'est là un point de clinique incontestablement établi, et qui a été particulièrement étudié dans ces derniers temps dans le remarquable travail de M. le Dr Ritti (1).

Il me paraît donc incontestable qu'un certain nombre de ces cas de folie périodique ont été notés comme guéris, au moment de la sortie de l'asile, alors que les malades étaient déjà en démence, et d'une autre part qu'on les a mis en liberté pendant une période d'intermission plus ou moins prolongée, sans tenir compte des rechutes fatales, qui en raison même de la longueur de la maladie, vont s'atténuant et permettent quelquefois aux malades de demeurer dans leur famille.

L'analyse détaillée des observations du mémoire auquel nous faisons allusion en ce moment va nous permettre de mesurer le peu de valeur des documents qu'il contient au point de vue des cas de guérison tardive dans la folie.

Il en est de même, du reste, de la plupart de toutes les autres observations qui sont toujours incomplètes

(1) Ritti. *Traité de la folie à double forme.*

au point de vue de la notation exacte de l'étal mental des malades au moment où ils quittent l'asile, et de la trop grande tendance que l'on a à considérer un aliéné guéri, du moment qu'il ne délire plus. On note son calme apparent sans songer que ce calme n'est autre chose que l'expression de l'anéantissement progressif des activités mentales, et que la démence est déjà prononcée.

Observation I. — Manie chronique. — Dépression lypémaniaque avec délire hypochondriaque.— Amélioration lente mais progressive. — Guérison. — Treize ans de séjour à l'asile.

— M. J. Baptiste entré à Fains, le 26 mai 1839, par arrêté préfectoral. — *Aucune note médicale n'est inscrite au dossier pendant 3 ans, jusqu'au* 2 *avril* 1842.

A partir de ce moment l'examen médical fait constater que le malade est dans une période d'excitation violente et dans un désordre complet des idées et des sentiments.—Il a des accès de violence qui le rendent dangereux. L'année suivante, 1843, il présente des signes de prostration physique et morale. Il se croit mort et par conséquent incapable de rien faire. Il tombe en période de mélancolie.

En 1843, 1844, cet état de dépression persiste et les notes médicales indiquent *état chronique*. On constate cependant, comme dans certaines formes de délire dépressif, une dose de lucidité suffisante pour lui permettre de faire avec discernement des parties de cartes. Le récit de l'observation indique qu'il retrouve au jeu sa raison tout entière ; les cartes à la main, il était raisonnable, toute trace de folie avait disparu.

Ces symptômes de redressement moral sont notés dès l'année 1844. En 1845, l'état est le même ; en 1846, l'amélioration se dessine d'une manière continue. En 1847, chose très significative, le malade s'est remis à des travaux de serrurerie et se montre serrurier très adroit.

Les années suivantes, l'amélioration continue à s'affermir, et quoiqu'on ait à noter des tendances à l'ivrognerie (1849), il est calme et inoffensif. Si bien que, trois ans après, en 1852, le médecin traitant le déclare guéri et en état de sortir de l'asile où sa conduite et son travail *sont depuis longtemps exemplaires*. On ajoute que la guérison paraît avoir été definitive, car M. n'a jamais été réintégré dans l'asile.

Cette observation, quand on l'analyse de près, ne prouve pas ce qu'elle a l'intention de nous montrer : une guérison tardive après treize ans de séjour dans un asile. C'est ici qu'il faut surtout remarquer que la durée du séjour du malade dans l'asile n'implique pas la durée de la maladie. D'ailleurs le diagnostic est fort incomplet, il n'est pas fait du tout, les notes médicales de la première période font complètement défaut. S'agit-il là d'un cas de folie à double forme compliquée d'alcoolisme? Je suis porté à le croire, mais au point de vue qui nous occupe ici, la guérison tardive, il ne faut pas s'en laisser imposer par les dates d'entrée et de sortie. Car, on voudra bien le remarquer, dès 1843, quatre ans après son entrée, le malade indiqué chronique était calme et tranquille. Dès ce moment s'il avait eu une famille qui le réclamât, il eut été en état de quitter l'asile, et, sur les registres, il eut été noté comme guéri après 4 ans de séjour seulement.

Il est encore bon de noter la phrase terminale qui accompagne le bulletin de sortie et qui indique naïvement que le malade quittant l'asile en 1852 était depuis longtemps d'une conduite exemplaire.

Enfin, on considère la guérison acquise définitivement parce que le malade n'a pas été réintégré dans l'asile. Ce n'est pas là un argument sérieux dont nous devions tenir compte et nous avons lieu de nous étonner de voir une observation aussi peu démonstrative être citée comme appoint en faveur de la théorie des guérisons tardives dans la folie.

Les observations qui suivent présentent toutes à la critique des défectuosités aussi prononcées.

Observation II. — Manie chronique. — Retour périodique d'agi-

tation, — Amélioration. — Guérison. — Durée du séjour à l'asile 8 ans 5 mois.

Dans cette observation encore, il ne faut pas confondre la durée du séjour dans l'asile avec la durée de la maladie.

B., 37 ans, entré en mars 1841, sorti guéri en 1850. Sujet à des accès d'emportement périodiques, suivis de phases de dépression, pendant les années 1842, 1843. En 1844, le malade présente une amélioration notable qui lui permet de travailler. Il est calme, laborieux, dort parfaitement bien et se loue de son état. Dans le courant de 1845 on note un accés d'excitation. De 1845 à 1850 les indications sont nulles, la situation est la même et en mars 1850 l'état mental est déclaré satisfaisant.

Le bulletin de sortie signale encore ce fait étrange que depuis longtemps la conduite du malade est régulière, qu'il travaille et que son langage ne présente pas d'incohérence.

Voilà donc encore un malade qui, sans nécessité pour son traitement, a fait un long séjour dans l'asile. Il s'agit probablement ici d'un alcoolique avec accès périodiques, entretenus peut-être par des libations faites à la dérobée. Dès 1844, trois ans après son entrée, il pouvait vraisemblablement être mis dehors, et s'il n'en a pas été ainsi, c'est simplement par mesure de prudence, en prévision d'accès de dipsomanie. Ce n'est donc pas encore ici un cas de guérison tardive qu'il faut citer, puisque le séjour utile du malade dans l'asile n'a été véritablement que de trois années. Le certificat de sortie le déclare du reste guéri depuis longtemps et on a considéré sa guérison définitive, par cela seul qu'il n'a pas été réintégré dans l'asile.

Observation III. — Manie. — Six ans de séjour à l'asile. — Sortie par guérison.

G. Jeanne. Pas de désignation d'âge. Entrée à l'asile le 28 novembre 1846. Il s'agit d'une femme alcoolique, pouvant être considérée comme dipsomane avec accès de manie irrégulière qui nécessitent son entrée. Le certificat de quinzaine constate ce fait étrange, c'est qu'au moment de l'examen la malade est calme et

que ce calme, ajoute le médecin, n'est qu'apparent et destiné à disparaître à la moindre contrariété qu'elle éprouverait.

Les notes suivantes, jusqu'en octobre 1849, portent *même état*. L'amélioration est signalée et la malade n'est retenue que parce qu'elle a des antécédents alcooliques. L'amélioration continuant, elle sort en 1852.

Ce cas doit encore être récusé, car il ne s'agit pas ici d'un véritable accès de folie proprement dite, mais bien d'un cas d'alcoolisme compliqué de dipsomanie avec accès périodiques. Du reste, cette malade était guérie de son accès dès les premiers mois de son séjour et on l'a gardée par précaution pendant six ans. C'est ce qui ressort du certificat de quinzaine qui constate son état de calme, lequel ne s'est pas démenti. La malade a été donc retenue non pas en raison de son état pathologique actuel qui était égal à zéro, mais bien en raison de ses antécédents. On l'a gardée, et comme on sait qu'on ne guérit pas de la dipsomanie, on a pu à bon droit la maintenir six ans en observation comme on aurait pu la garder six semaines seulement.

Observation IV. — Manie chronique. — Seize ans de séjour à l'asile. — Sortie par guérison.

J. Joseph, 39 ans, entré 26 juillet 1851, sorti 1867. On signale ce malade à l'entrée comme atteint d'accès de manie avec idées de grandeurs probablement d'origine alcoolique. Quelques mois après de la même année, les notes médicales signalent une modification avantageuse. On espère même une guérison peu éloignée. En 1852, retour de l'excitation et des idées de grandeurs. En 1853, les facultés sont assez bien revenues pour que le malade puisse travailler. En 1854, il est noté comme bon travailleur mais parfois bruyant. En 1855, 1856, même état. En 1857, on dit qu'il travaille assidûment, mais qu'il présente du défaut de liaison dans ses idées. On ne signale pas en quoi ce désordre existe, mais on le signale toujours comme un excellent travailleur qui sait se rendre utile. Il sort guéri et n'a jamais été réintégré dans l'asile.

Remarquons ici que la date de sortie de l'asile n'implique pas la date de la guérison. La maladie avait préalablement éteint son action, et si le malade est resté seize ans dans l'asile c'est qu'on a trouvé en lui un excellent ouvrier dont on a tenu à utiliser les aptitudes. On note, en effet, que deux ans environ après son entrée il a pu se mettre à l'ouvrage et faire œuvre utile quoiqu'il eut encore des idées fausses. Il est donc infiniment vraisemblable qu'il aurait pu sortir de l'asile beaucoup plus tôt et que par conséquent sa guérison était opérée bien avant son départ. Cette observation doit donc encore être considérée comme non avenue et ne peut pas être jugée comme un cas de guérison tardive.

Observation V. — Manie rémittente. — Quatre ans de séjour à la Salpêtrière. — Dix ans et huit mois à l'asile de Fains. — Sortie par guérison.

Mlle A., 33 ans, entrée à la Salpêtrière le 30 septembre 1849. Le certificat de transfèrement indique *manie chronique rémittente*. — A son entrée à Fains, 22 octobre 1853, on constate qu'elle a un accès de manie avec hallucinations. En 1854 elle est calme et laborieuse. Les alternatives de calme et d'excitation se succèdent en 1856 et 1857 et sont signalées jusqu'en 1862. *Toutefois elle travaille et n'est pas violente.* A partir de 1863 on ne signale pas d'agitation. Elle quitte l'asile, elle rentre à Paris et on a perdu ses traces.

Il s'agit encore ici d'une de ces formes périodiques de maladies mentales qui procèdent par accès plus ou moins éloignés et continuent leur évolution fatale vers la démence ou du moins vers l'affaiblissement progressif des facultés.

La malade a pu sortir de l'asile après une durée de séjour plus ou moins prolongée sans qu'on puisse en induire quoi que ce soit, car il est évident que dans ces formes d'excitation périodique l'usure des facultés

se fait avec lenteur, et que, lorsque le calme se manifeste, ce calme n'est autre chose qu'un état de démence tranquille et continue avec incapacité d'agir avec discernement.

Cette observation est donc encore récusable, attendu que la malade n'a pas été suivie et que son état mental ultérieur n'a pas été constaté.

Observation VI. — Manie rémittente. — Alternatives d'agitation et de dépression. — Dix ans de séjour dans l'asile. — Guérison.

Marie Josêphine, 51 ans, entrée à la Salpêtrière le 9 juillet 1854 et transférée à Fains, 1855.

Le certificat de quinzaine porte qu'elle est atteinte de manie avec démence, que sa folie est rémittente, qu'elle est parfois agitée, méchante, qu'elle cherche à frapper, menace ou détruit ses vêtements, etc. En 1856 on note une période de calme. En 1857, accès d'exaltation maniaque avec fureur. Les années suivantes jusqu'en 1864 sont marquées par des alternatives de calme et d'excitation. Elle sort à cette époque et on la note guérie.

Nous ferons remarquer, comme le présentateur de l'observation le fait du reste, que rien n'indique que la guérison fut définitive. Il s'agit dans cette observation, comme dans la précédente, d'un cas de folie à double forme, et la sortie de l'asile a eu lieu incontestablement pendant la période d'intermission. Il n'y a aucune indication de l'état mental de la malade au moment de la sortie. Elle a été perdue de vue.

Cette observation peut donc encore être considérée comme non avenue.

Observation VII. — Lypémanie. — Amélioration. — Sortie après huit ans et dix mois de séjour à l'asile.

Les notes médicales relatives à ce malade indiquent qu'il s'agit d'un sujet atteint de manie suicide avec intervalles lucides complets pendant lesquels il avait conscience de son état. Les moyens auxquels il a eu recours ont été variés. Toutefois ils paraissent avoir été plus particulièrement des ingestions considérables d'eau-de-vie. A

son entrée à l'asile de Fains (10 juillet 1843), le malade était calme, capable de s'occuper de travaux manuels. Il n'avait pas d'accès impulsifs. A cette époque, au 1er octobre, on constate que cet homme a besoin d'être conduit et que sa lucidité dépend de son peu d'énergie morale. Il est assez sujet à de la céphalalgie, mais elle n'exerce que peu d'influence sur sa manière d'être. En 1844, état chronique ; à maintenir. Jusqu'en 1849, même état. A cette époque, en juillet, on mentionne qu'il travaille très bien et avec beaucoup de calme et en novembre de la même année qu'il peut être considéré comme guéri. Néanmoins il est maintenu à l'asile en raison de son état d'indigence. Cette situation se prolonge jusqu'au mois de mai 1852, époque de sa sortie.

Il s'agit évidemment là d'un cas d'alcoolisme avec dipsomanie et impulsions périodiques. L'influence disciplinaire de l'asile et de la vie régulière a modifié heureusement son état mental, et, n'ayant donné aucun signe de désordre, il pouvait évidemment, dès 1844, c'est-à-dire une année après son entrée, être mis en liberté. Son maintien à l'asile a été une mesure préventive qui lui a été favorable ainsi que son état d'indigence. — Cette observation est encore non avenue au point de vue des guérisons tardives.

Observation VIII. — Lypémanie. — Huit ans de séjour à Bicêtre et sept ans à l'asile de Fains. — Sortie par guérison.

C. François, 49 ans, admis à Fains, mai 1848, venant de Bicêtre, où il était depuis 1838. — Aucun renseignement sur l'état mental de ce malade et sur les motifs de sa séquestration à Bicêtre pendant près de neuf ans. Le certificat de transfèrement porte seulement cette note : *manie chronique*. Ce malade, à son arrivée, est soumis à l'examen du médecin de l'asile de Fains, et, chose étrange, lui qui est désigné comme atteint de manie chronique, ce qui en langage usuel semble indiquer un sujet en démence avec agitation, incohérence et inconscience de sa situation, raconte avec une grande lucidité son histoire. Il dit au médecin qu'il est Bavarois d'origine, professeur de langues ; qu'il s'était dans son pays occupé de politique, qu'il avait été impliqué dans un procès et acquitté ensuite, et que, privé de ressources, il était venu chercher en France un refuge et des moyens d'existence. Sous l'influence d'un moment d'exaltation il fut conduit à Bicêtre. L'interrogatoire ne fait pas constater l'existence d'idées délirantes de persécution, ni

d'hallucinations; et, après une quinzaine, le sujet est déclaré atteint de lypémanie. Les notes mensuelles de juillet 1837 à janvier 1849 portent : *même état*. En mars 1850, l'état moral du malade est assez satisfaisant, sa conduite à l'asile est *irréprochable*. En mai, l'état moral est toujours satisfaisant, mais la crainte que le malade ne puisse gagner sa vie au dehors fait ajourner sa sortie. Celle-ci a lieu en 1854. Une lettre qu'il a écrite de Paris postérieurement à sa sortie et qui est conservée à son dossier n'indique aucune trace de délire.

Voilà encore une observation qu'il eût mieux valu, dans l'intérêt de la cause que l'on soutient, ne pas citer, car elle met en lumière des lacunes fâcheuses dans l'histoire du malade en question. Il y a d'abord cette absence complète de notes médicales pendant les huit années qu'il a passées à Bicêtre, et, d'une autre part, ce diagnostic de lypémanie avec mysticisme politico-religieux laisse une idée vague dans l'esprit qu'il est loin de satisfaire. C'est évidemment un halluciné tranquille dont il s'agit avec quelques vagues idées de persécution, et qui, privé de ressources et de famille, a vécu pendant de longues années à la charge de la charité publique. S'il eut eu une famille, il aurait été repris évidemment beaucoup plus tôt, mais il est incontestable que ces délires, d'origine hallucinatoire, ne guérissent jamais, et que l'état de calme dont ils sont suivis la plupart du temps n'est imputable qu'à une démence progressive. Cette observation est donc encore, comme les précédentes, frappée de nullité.

Observation IX. — Lypémanie. — Sept ans de séjour à l'asile. — Sortie par guérison.

Mlle R..., entrée à Fains le 10 septembre 1856, venant de la Salpêtrière, où elle avait été admise le 9 août 1856. Le certificat de transfèrement indique : *Lypémanie avec accès fréquents d'agitation*.

Il s'agit encore ici d'une malade maniaque, alcoolique peut-être,

à antécédents inconnus, dont ni l'âge ni l'état-civil ne sont inscrits dans l'observation, et qui, pendant près de sept années, a présenté des symptômes d'excitation alternant avec des périodes de calme. Dès l'année 1857, on constate une certaine détente dans l'excitation et une tendance à l'isolement. En 1858, l'amélioration permet de la faire coucher au dortoir, et jusqu'en 1862 son existence ne présente pas d'incident notable. En 1862, l'amélioration se prononce, et, dès 1863, elle pourrait sortir si sa famille pouvait subvenir à ses besoins. Elle est sortie en effet, et pendant un certain temps, paraît-il, elle a donné de ses nouvelles. La guérison paraît s'être maintenue.

Il s'agit encore ici d'une de ces malades d'asile dont l'histoire pathologique présente bien des obscurités. C'est un cas de folie périodique dont il s'agit avec des phases alternantes d'excitation et de tranquillité. Cet état n'a pas suivi une marche continue et progressive. Après être monté à un point culminant, il a été ensuite en déclinant, et l'évolution naturelle de la maladie indique une tendance à l'apaisement. Du reste, la durée totale de cette maladie semble avoir été de sept années, chiffre qui rentre du reste dans les données limites que nous avons indiquées. Et quoique cette malade n'ait pas été suivie à partir du jour où elle a quitté l'asile, on ne peut pas s'empêcher de reconnaître qu'il s'agit encore là d'une observation incomplète, incertaine, sans détails, et qui ne peut être légitimement acceptée comme ayant des caractères démonstratifs suffisamment péremptoires.

En résumé, en faisant le dépouillement et l'analyse critique des neuf observations qui appartiennent au mémoire cité, nous voyons que les cas étudiés isolément n'ont aucune portée efficace pour prouver ce qui est en question, l'existence des guérisons tardives de la folie après un grand nombre d'années de séjour

dans les asiles. Nous considérons ces observations comme dénuées de valeur, parce que :

1° Les malades, pour des motifs divers, ont fait dans l'asile un séjour prolongé qui n'était pas nécessaire à leur guérison. L'un est resté comme ouvrier (obs. I), l'autre a été maintenu comme indigent (obs. VII). La preuve de ce que j'avance est dans l'énoncé du certificat de sortie (p. 73). *Je déclare J. B. guéri*, dit le médecin, *en état de sortir de l'asile, où sa conduite et son travail sont depuis longtemps exemplaires*. Un autre est ainsi conçu (p. 77) : *Depuis longtemps la conduite du malade est régulière. Il travaille bien et ne présente pas d'incohérence du langage.* D'après ceci, on voit donc qu'il ne faut pas, dans la statistique, faire entrer en ligne de compte la durée du séjour du malade dans l'asile, au point de vue de la guérison. Dans ces cas-là, la date de la guérison est tout à fait indépendante de celle de la sortie.

2° Sur ces neuf observations, à guérisons dites tardives, on rencontre cinq alcooliques dipsomanes impulsifs, trois sujets atteints de folie périodique et un halluciné persécuté, tranquille et vraisemblablement dément. On sait couramment qne ces cas de prétendue guérison ne sont, la plupart du temps, que des guérisons apparentes. Les dipsomanes alcooliques ne guérissent jamais, pas plus que les périodiques. Ces malades ont donc pu quitter l'asile plus ou moins améliorés, mais il est incontestable, d'après ce qui se voit tous les jours, qu'ils ont poursuivi ailleurs la carrière pathologique qu'ils avaient entamée.

3° D'une manière générale, l'objection capitale à faire à ces observations, c'est qu'elles manquent de détails au point de vue des antécédents, qu'elles pré-

sentent des lacunes considérables (obs. I, pas de note médicale de 1839 à 1842; — obs. II, les notes médicales indiquent *même état* de 1845 à 1850), et qu'en somme leur valeur est nulle au point de vue de la question qui est sur le tapis, celle des guérisons tardives.

Le docteur Sizaret, dans le même ordre d'idées, a présenté aussi un cas de guérison tardive de folie, observé à l'asile de Maréville, après huit ans de séjour.

Il s'agit en effet d'une femme, qui, admise le 9 avril 1870, était, à son entrée, dans un état d'hébétude mélancolique avec agitation. Elle a eu ensuite des phases de manie impulsive et des périodes de calme. Elle a été poursuivie par des idées fixes, mais ses crises étaient paroxystiques et laissaient çà et là quelques éclaircies suivies d'une période de calme. L'étude de l'enchaînement des symptômes chez cette malade nous montre encore un exemple de ces cas, qui, tout en ayant une durée longue, peuvent être considérés comme des états aigus. Nous voyons, surtout dans les derniers temps, la malade en proie à des accès d'excitation très vive, en 1875-1876. A cette époque c'est une véritable période tumultueuse de la vie qui se déroule et qui indique évidemment une phase aiguë de la maladie. Cet exemple, très intéressant au point de vue de la pathologie générale, ne prouve rien au point de vue spécial où nous nous sommes placé, l'incurabilité de la folie à un moment déterminé. Il est évident que pour se prononcer sur l'incurabilité d'un état mental, il ne faut pas considérer seulement l'état présent, mais bien étudier le passé, la marche des symptômes et la tournure générale de la maladie. Eh bien! dans ce cas, cette acuité

des accidents survenus au bout de cinq ans, cette transformation de la maladie, qui passe des phases torpides aux phases excitées, indique déjà un travail de déplacement dans le mal. Tout n'est pas encore dit sur l'état d'une maladie qui a encore de la verdeur au bout de cinq et six ans, et ce n'est pas encore à ce moment qu'il convient de prendre un parti définitif. Le mal, en effet, ne semble pas encore arrivé au bout de sa course, et je considère comme étant d'une haute imprudence de prononcer dans une circonstance semblable un verdict d'incurabilité absolue. C'est dans ces sentiments que s'est exprimé du reste le médecin. *Sans considérer*, dit-il (p. 106), *Mme J... comme fatalement incurable, je pense qu'il y a maintenant pour elle peu de chances de guérison* (24 janvier 1874).

Bien lui en a pris, en effet, de raisonner comme nous le faisons, car en suivant le résumé des notes, on voit que ce mouvement d'effervescence, avec quelques exacerbations et rémittences, finit par s'éteindre de lui-même, et, vers 1877, sept années après l'admission de la malade dans l'asile, on commença à remarquer une amélioration notable qui donna des espérances de guérison. C'est, en effet, ce qui eut lieu, et l'année suivante, 1878, la malade put être rendue à sa famille.

Madame J... est retournée, en effet, avec son mari, et la guérison s'est parfaitement maintenue pleine et entière jusqu'à l'époque actuelle, 6 octobre 1882. Il resterait à savoir, détail qui fait complètement défaut, dans quel état se trouvait la malade guérie, au moment de sa sortie, au point de vue de l'intégrité et de l'équilibre de ses facultés, car il est très vraisemblable de supposer que ces mêmes facultés, bouleversées pendant de longues années par des accès périodiques

d'excitation, ont dû profondément être intéressées, et que ce calme définitif dont on parle n'est vraisemblablement qu'un état plus ou moins caractérisé de démence consécutive. Contentons-nous d'enregistrer le résultat acquis, en disant qu'au bout de sept à huit ans on peut guérir d'un accès de folie périodique ou du moins que la maladie peut s'atténuer assez pour permettre le retour à la vie commune, sous toute réserve des événements ultérieurs.

En résumé nous arrivons à dire que l'étude analytique des différentes observations colligées à l'appui de la doctrine des guérisons tardives de la folie dont M. Blanche s'est fait si complaisamment le défenseur ne supporte pas un examen sérieux. Nous avons montré en effet, pièces en mains, combien toutes ces observations reposaient sur une base incertaine, combien les diagnostics étaient mal définis, combien les renseignements faisaient fréquemment défaut, et combien il était difficile d'établir la portée de l'état mental des malades une fois qu'ils avaient quitté l'asile.

Nous avons montré ainsi, qu'il fallait beaucoup en rabattre avec les espérances décevantes d'un retour possible à la raison au bout d'un temps déterminé de stationnement dans le domaine de la folie — et qu'en définitive, conformément à nos conclusions premières, il n'était pas possible de compléter le chapitre des guérisons inattendues.

Ces recherches, nous ont encore permis d'établir à l'aide de nouvelles données, d'une grande précision, l'évolution naturelle de la folie. Grâce aux recherches statistiques, consignées dans l'intéressant travail de M. Rousseau, nous savons d'une façon très nette que le nombre des guérisons devient d'autant plus

rare que l'on s'éloigne davantage des périodes du début de la maladie. Fréquentes dans les deux premières années, ces guérisons diminuent peu à peu, si bien qu'au bout de la septième année, le chiffre des sujets guéris, qui était de 373 sur une population de 1,433, tombe à 11 (1).

C'est là un résultat capital qui frappe par sa netteté et qui concorde d'une façon parallèle avec les données que j'avais finalement exposées.

Je suis donc amené à dire, au sujet de ces pseudo-guérisons tardives de la folie, que les observations précitées que l'on m'a objectées, ne résistent pas à un examen approfondi, et qu'au bout de la septième année, à partir du début de la maladie, il ne faut plus compter sur la guérison, lorsque le sujet demeure depuis longtemps dans un état stationnaire. A ce moment, l'évolution de la maladie, sa marche, ses allures sont suffisamment caractérisées pour que le médecin puisse savoir désormais à quoi s'en tenir sur ce qui est réservé au malade. Désormais c'est la démence plus ou moins accentuée qui est l'épilogue obligé des perturbations nouvelles qui se sont succédées en lui. Tout est dit sur l'avenir du sujet, il n'y a plus à compter sur un retour régulier du fonctionnement mental.

Cette démence peut encore renfermer certaines aptitudes, certaines habitudes cérébrales de la vie automatique, mais en définitive l'individu ainsi exceptionnellement relevé a perdu, dans la période prolongée de sa maladie, les facultés les plus élevées de sa personnalité, son énergie morale et sa spontanéité ; ce n'est donc que l'homme diminué d'une portion de lui-même en présence duquel on se retrouve.

(1) Rousseau. *Mémoire* cité, p. 447.

DES BAINS PROLONGÉS CHEZ LES ALIÉNÉS AGITÉS

par M. le Dr J. MILLET

Ex-chef de clinique adjoint de la Faculté.

Brierre de Boismont (1) et C. Pinel (2), dans deux mémoires remarquables, ont démontré les avantages de l'emploi des bains prolongés dans les formes aiguës de la folie ; l'accord unanime des auteurs qui ont étudié la même question, ainsi que l'expérience journalière viennent confirmer la justesse de leurs observations,et actuellement aucune médication n'est plus usitée que ce mode de traitement contre l'agitation chez les aliénés. Mais une remarque qui nous a frappé depuis longtemps et a attiré notre attention, c'est la variété très grande des conditions diverses dans lesquelles ces bains sont prescrits et administrés.

Les auteurs que nous venons de citer, en effet, ont surtout préconisé les bains prolongés dans les *formes* aiguës de l'aliénation, dans les cas de manie aiguë simple. Brierre de Boismont déclare expressément ne pas les avoir essayés contre les manies paralytiques, et Griesinger (3) regarde l'épilepsie et la paralysie générale commençante ou déjà développée comme

(1) Brierre de Boismont.— *De l'emploi des irrigations et des bains prolongés dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie* (Mém. Acad. de médec., 1847, t. XIII).

(2) C. Pinel. — *Du traitement de l'aliénation mentale aiguë en général et principalement par les bains prolongés et les arrosements continus d'eau fraiche sur la tête* (Mém. Acad. de méd., 1856, tome XX, p. 249 et suiv.)

(3) Griesinger. — *Des maladies mentales et de leur traitement*, traduction française de Doumic avec notes de Baillarger. Paris, 1864.

une contre-indication à l'emploi de ce moyen. Et cependant nous voyons souvent dans la pratique les bains prolongés prescrits à peu près indifféremment à tous les aliénés agités, que l'agitation soit d'origine maniaque, paralytique ou autre.

Plusieurs observateurs ne disent rien de l'existence de la *fièvre*, qui est surtout appréciable par l'élévation de la température : elle est très fréquente et passe souvent inaperçue chez les aliénés agités. Peu d'auteurs indiquent les effets que peuvent avoir les bains prolongés sur la marche de ce symptôme, et ils ne signalent cette circonstance ni comme une indication, ni comme une contre-indication de ce mode de traitement.

Les auteurs ne sont pas tous d'accord sur la *température* qu'il convient de donner aux bains. Esquirol (1) regarde les bains tièdes de 20° à 25° comme les plus utiles, et il ajoute qu'on peut les prolonger pendant plusieurs heures de suite chez les sujets maigres, nerveux et très irritables.

Brierre de Boismont (2) donne des bains de 10 à 12 heures de durée, quelquefois davantage, à la température de 28° à 30° centigrades, un peu moindre en été, mais en laissant l'eau du bain se refroidir progressivement, de sorte que la températnre, à la sortie est de 18° à 20° centigrades. Pinel (3) donnait des bains à la température de 30° à 35° et y laissait les malades 10 à 12 heures lorsqu'ils étaient très agités.

Baillarger (4) éprouve quelque crainte à employer les bains prolongés tout à fait au début de la manie, alors qu'il y a lieu de redouter la transformation de

(1) Esquirol. — *Maladies mentales*. Paris, 1838.
(2) Brierre de Boismont, *loc. cit.*
(3) C. Pinel, *loc. cit.*
(4) Griesinger, *loc. cit.*, note de M. Baillarger.

la maladie en un délire aigu rapidement mortel, mais il les déclare sans danger lorsque la manie est tout à fait établie, au bout d'un mois par exemple. Il regarde comme très important que les bains soient maintenus à la même température entre 28° et 32° centigrades, tandis que nous avons vu Brierre de Boismont laisser la température du bain s'abaisser peu à peu. D'un autre côté, si l'on observe attentivement comment les bains prolongés sont administrés aux aliénés dans les asiles, on voit souvent, à moins d'une surveillance sévère et assidue de la part du médecin, les infirmiers chargés de cette partie du service céder par négligence ou par faiblesse aux sollicitations suppliantes ou aux récriminations violentes des aliénés, et ajouter aux bains de l'eau chaude ou de l'eau froide, jusqu'à ce que la température soit celle qui plaît le mieux aux malades; dans ces cas le degré thermique des bains est ordinairement voisin de 35°; mais nous l'avons vu parfois atteindre le chiffre de 41°. Or, entre cette dernière température et celle de 18° à 20°, à laquelle nous avons vu arriver quelques auteurs, il y a un écart de 23° centigrades qui ne nous paraît pas devoir être tout à fait indifférent au résultat obtenu.

La *durée* des bains n'offre pas moins de variété. On ne désigne ordinairement sous le nom de bains prolongés que ceux qui durent au moins une heure ou davantage. Nous avons vu que Brierre de Boismont les donnait ordinairement de 10 à 12 heures, quelquefois de 15 à 18 heures ; et Pinel de 10 à 20 heures.

Turch a retiré de grands avantages de l'emploi de bains tièdes, dans lesquels il laissait ses malades plusieurs jours de suite. Or, il arrive souvent dans les asiles que le nombre des malades agités, la nécessité

d'en baigner beaucoup, les exigences des autres parties du service empêchent de leur donner facilement des bains aussi longs, et le plus souvent la durée du bain n'excède pas 2 ou 4 heures, rarement 5 ou 6 heures. Il était intéressant d'étudier avec soin et de connaître les effets des bains donnés dans ces conditions nouvelles.

Nous avons cherché, par l'examen attentif des procédés et de leurs effets sur les individus, à reconnaître parmi ces méthodes et ces conditions si variées d'administration des bains prolongés, lesquelles avaient la plus heureuse influence sur la santé des malades, et qu'elles étaient les plus facilement applicables dans la pratique.

Nous avons noté l'état des malades avant et après chaque bain ainsi que les conditions du bain, et nous l'avons comparé à l'état des mêmes malades lorsqu'ils n'avaient pas pris de bain, ou lorsqu'ils en avaient pris dans des conditions différentes. Nous avons d'abord observé les effets des bains tels que les préfèrent ou les demandent ordinairement les malades lorsqu'ils sont à même de rendre compte de leurs sensations et de leurs impressions, puis, partant de là, nous avons fait varier la température des bains dans l'un et l'autre sens, jusqu'à ce que nous soyons arrivé à des limites que divers symptômes nous faisaient regarder comme inutile ou imprudent de franchir. Il est une borne, en effet, que dans les essais thérapeutiques il n'est pas permis de dépasser sous aucun prétexte : c'est celle en dehors de laquelle les investigations n'ont pour but que de satisfaire le désir de connaître les effets d'une médication, sans utilité pour le malade; à plus forte raison doit-on s'abstenir sévèrement de toute pratique qui paraîtrait aggraver plutôt qu'améliorer l'état du malade; aussi nous sommes-nous

arrêté immédiatement dès que nous avons vu, sous l'influence des variations progressives que nous faisions subir dans l'un ou l'autre sens aux bains de chaque malade, apparaître des symptômes de fatigue ou de souffrance qu'aucune amélioration dans leur état ne semblait compenser. C'est ainsi que nous ne sommes allé, ni dans un sens ni dans l'autre, aux limites extrêmes de température conseillées par quelques auteurs, ou quelquefois utilisées dans la pratique, ou réclamées par certains malades.

Nous avons laissé chaque bain au même degré thermique pendant toute sa durée. Il était difficile autrement de savoir à quelle température on devait attribuer les effets produits par le bain, et par suite les observations auraient manqué de précision. Il est vrai que ce serait éviter une sensation désagréable au malade à son entrée dans le bain que d'en porter l'eau à 35° ou 36° pour la ramener ensuite au degré que l'on désire, en y ajoutant de l'eau froide ou de l'eau chaude; mais cet inconvénient est peu sérieux, et on ne ferait, en agissant ainsi, que le remplacer par un autre, puisqu'il est aussi désagréable aux malades de sentir ajouter de l'eau froide à leur bain que d'entrer dès le début dans un bain d'une température plus basse.

Nous avons évité de nous servir des expressions de bains froids, tièdes, chauds ou autres semblables; ces divisions, en effet, varient avec chacun des auteurs qui a étudié la question, et ont de plus le défaut de ne pas indiquer assez précisément quelle est la température d'un bain dans chaque cas.

Afin que les résultats de nos observations fussent tout à fait comparables entre eux, nous avons toujours procédé de la même manière, sauf pour la durée et la température que nous avons indiquées pour chaque

bain. Nous nous sommes constamment servi du même thermomètre et nous avons toujours pris la température axillaire. L'état des malades, leur température, leur pouls et leur respiration ont été notés le matin et le soir et de plus après chaque bain, soit vingt-cinq minutes, soit dix minutes après la sortie de l'eau.

Des compresses d'eau froide fréquemment renouvelées ont été constamment maintenues sur la tête des malades pendant toute la durée des bains. Cette pratique est recommandée par tous les auteurs et on doit y attacher une grande importance pour les bains à basse température qui, contractant les vaisseaux de la peau, font refluer le sang de la périphérie vers les organes internes et vers la tête, lorsque celle-ci n'est pas soumise à la même refrigération que le reste du corps ; on comprend, sans qu'il soit nécessaire d'insister, les dangers de cet afflux du sang vers l'extrémité céphalique, et l'influence qu'il peut avoir sur la production d'attaques congestives chez les sujets prédisposés. On voit moins clairement l'utilité de compresses ou d'irrigations froides sur la tête lorsque la température du bain est élevée, et qu'elle occasionne un afflux intense du sang vers la peau et une vive rougeur de celle-ci, diminuant d'autant l'encombrement circulatoire des organes internes et de l'encéphale : toutefois, comme le rafraîchissement de la tête, en détournant le sang du cerveau, ne peut avoir qu'un effet utile dans toutes les circonstances où existe l'agitation, il est plus prudent d'employer les compresses d'eau fraîche, aussi bien dans les bains les plus chauds que dans les plus froids.

Nous nous sommes tenu pour la durée des bains, dans les limites tracées par les usages en vigueur dans les asiles où nous avons fait nos observations, et qui sont d'une application pratique très simple

dans tous les cas. Cette durée est de deux à cinq heures. L'emploi de bains beaucoup plus prolongés ne serait pas, dans les conditions actuelles, d'une généralisation facile, et nous avons limité notre étude aux méthodes et procédés pratiques d'un usage journalier.

Cette étude est basée sur trente-cinq observations dont nous en rapportons huit sommairement pour montrer exactement quelle a été notre manière de procéder, et aussi pour faire ressortir les particularités intéressantes que certaines d'entre elles nous ont présentées. Les résultats des autres observations sont résumés sous forme de tableau à la suite des premières. Ces observations ont été recueillies pendant notre internat à l'asile de Ville-Évrard et à l'asile Sainte-Anne, et nous exprimons ici nos plus vifs remerciements à nos excellents maîtres M. le docteur Espiau de Lamaëstre, directeur-médecin en chef de l'asile de Ville-Évrard et M. le docteur Bouchereau, médecin de l'asile Sainte-Anne pour les bienveillants et savants conseils qu'ils nous ont donnés pour notre travail.

OBSERVATION I.

Mme L... veuve D... matelassière, âgée de 33 ans, entre à l'asile de Ville-Evrard le 11 août 1881.

Certificat immédiat : « Est atteinte d'excitation maniaque avec loquacité incohérente et désordre dans les actes : sensiblerie, affaiblissement de l'intelligence ; inégalité pupillaire, embarras de la parole. » E. de L.

14 sept. — Cette malade n'a aucune conscience de ses actes ni de ses paroles : elle est sans cesse en mouvement, va, vient, cherche à se déshabiller ou à déchirer ses vêtements, elle parle continuellement et son agitation persiste nuit et jour.

15 sept. — Bain de quatre heures à 30° qui ne modifie pas sensiblement son état.

16 sept. — Grande agitation le matin, température axillaire 39°2, pouls 120. De dix heures à midi bain à 27° avec compresses d'eau froide sur la tête fréquemment renouvelées. Vingt-cinq

minutes après la sortie du bain, la température est descendue à 36°8, ayant baissé par conséquent de 2°4. Pendant l'après-midi la malade est très calme : contrairement à ses habitudes elle n'a pas bougé de place. Le soir elle se tient tranquillement couchée dans son lit sans camisole de force, et répond aux questions simples qu'on lui adresse, ce qu'elle ne faisait jamais les autres jours. Le pouls est descendu à 72 pulsations et la température axillaire est à 37°2.

17 sept. — Le calme a continué toute la nuit : la malade a bien dormi, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plus d'un mois. Le matin, au lever, l'agitation a recommencé : elle crie, pleure, chante, secoue la tête de tous les côtés et ne tient pas en place. De dix heures à midi bain à 27° ; pendant l'après-midi elle est plus calme ; au lieu d'être agitée et turbulente comme le matin, elle demeure presque immobile et prononce seulement à voix basse quelques paroles incohérentes.

18 sept. — La malade a bien dormi toute la nuit sans camisole : c'est la deuxième fois depuis son entrée qu'il est possible de ne pas y recourir. La matin l'agitation recommence, et se prolonge toute la journée : cris, paroles incohérentes continuelles.

DATE SEPT.	DURÉE du BAIN.	TEMP. du BAIN.	MATIN			25′ après le bain			SOIR		
			T	P	R	T	P	R	T	P	R
14	$12^{h}4$	32°	37	120	18	37	120	20	36,7	76	18
15	$12^{h}4$	30°	37	76	18	36,8	76	22	36,8	76	20
16	$10^{h}12$	27°	39,2	120	20	36,8	120	20	37,2	72	18
17	$10^{h}12$	27°	36,8	80	16	35,7	92	16	37	88	20
18	»	»	36,8	96	18	»	»	»	37	100	20
20	$10^{h}12$	32°	37,5	88	22	37,2	88	20	37,8	96	24
21	$1^{h}4$	28°	36,8	80	20	36,3	72	20	37	92	22
22	»	»	36,7	72	20	»	»	»	37	88	16
23	$1^{h}4$	28°	36,5	60	16	35,5	96	14	36,2	92	14
24	$1^{h}4$	34°	36,7	68	16	36,6	76	20	36,6	68	20
25	»	»	37,3	88	20	»	»	»	37,4	80	18

20 sept. — Bain de deux heures à 32°. L'agitation, un peu calmée pendant une heure après le bain, reparaît ensuite aussi forte qu'auparavant.

21 sept. — Grande agitation toute la nuit. Bain de trois heures à 28°. En sortant elle est tout à fait contente et calme.

22 sept. — L'agitation a reparu vers le milieu de la nuit, et s'est continuée jusqu'au matin et pendant tout le jour : pas de bain:

23 sept. — Nuit très agitée. Bain à 28°. Assez calme au sortir du bain et très contente.

24 sept. — Le bain d'hier a produit un effet moins durable que ceux des jours précédents : la nuit a été assez agitée. Bain à 34° qui reste sans résultat.

25 sept. — Très grande agitation pendant la nuit et tout le jour.

En résumé, cette malade, depuis plus d'un mois, était en proie à une agitation incessante, sans repos ni le jour ni la nuit. On était obligé de recourir toutes les nuits à la camisole de force. Après avoir pris des bains de 28° et 27° qu'elle supportait très bien, elle est devenue calme, a bien dormi pendant plusieurs nuits consécutives sans aucun moyen de contention. En même temps une poussée fébrile très vive a été arrêtée définitivement par ces mêmes bains. Et chaque fois que la température des bains a été augmentée, leurs bons effets ont été moindres; l'agitation a reparu pour s'effacer de nouveau pendant quelques heures au moins, dès que la température du bain a été de nouveau abaissée.

OBSERVATION II.

Mme L... Marie, 32 ans, blanchisseuse, entre à l'asile de Ville-Evrard le 10 septembre 1881.

Certificat immédiat : « Est atteinte d'excitation maniaque avec désordre dans les idées et dans les actes : chants, cris, insomnie, agitation continuelle. » E. de L.

14 sept. — Depuis son arrivée cette malade débite continuellement des paroles incohérentes ; elle dort peu et s'agite beaucoup. C'est une femme de taille moyenne, maigre, ayant une bonne santé physique.

18 sept. — Depuis deux jours l'agitation de la malade a augmenté : elle ne cesse de crier, chanter et courir en tous sens. Insomnie. Elle présente ce même jour une très notable élévation de la température qui atteint le matin 38°4, et le soir 39°5. Pouls 120 à 130. La malade ne se plaint d'aucune douleur, et l'auscultation ne fait découvrir aucune lésion des organes thoraciques capable d'expliquer cette fièvre.

19 sept. — Nuit très agitée. Bain de trois heures à 32° ; température axillaire le soir : 40°. L'agitation est toujours aussi violente.

20 sept. — Bain de trois heures à 27° : la malade le trouve très froid; mais elle est plus tranquille : la température axillaire est descendue à 38°3, au sortir du bain, pour remonter le soir à 39°4,

21 sept. — Elle a bien dormi cette nuit. Ce matin agitée comme à l'ordinaire. Bain de trois heures à 28°, qu'elle trouve encore très froid : après le bain elle est gaie et tranquille.

22 sept. — Mme L... a dormi jusqu'à minuit; depuis minuit et ce matin elle est très agitée. Bain de trois heures à 32° qui ne la calme nullement; le soir la température atteint 39°8, de trois dixièmes plus élevée que les deux jours précédents; l'agitation est extrême : il faut trois personnes pour la maintenir pendant qu'on prend sa température.

23 sept. — L'agitation a continué toute la nuit et ce matin. Bain de deux heures à 28°. Température axillaire après le bain 38°5 ; le soir : 39°2.

24 sept. — Agitation pendant la dernière moitié de la nuit.

DATE SEPT.	DURÉE du BAIN.	TEMP. du BAIN.	MATIN			25′ après le Bain			SOIR		
			T	P	R	T	P	R	T	P	R
14	12^{h}4	32°	38	140	20	37,3	108	20	37,5	100	22
15	12^{h}4	30°	37,7	120	24	37	120	18	37,5	124	22
18	»	»	38,4	120	22	»	»	»	39,5	132	22
19	1^{h}4	32°	38,5						40		
20	1^{h}4	27°	39,5	140	20	38,3	132	22	39,4	140	24
21	1^{h}4	28°	39	136	20	37,8	128	24	39,4	132	24
22	1^{h}4	32°	38,4	136	20	38,4	104	28	39,8	140	26
23	2^{h}4	28	39,3	132	20	38,5	136	22	39,2	140	22
24	1^{h}4	34°	38,4	128	20	38,4	124	22	39,8	140	32
25	»	»	38,6	140	24	»	»	»	39,5	136	22
26	»	»	38,6	124	20	»	»	»	39.2	116	18
27	»	»	38,2	120	20	»	»	»	39,2	132	27
19 9bre									37,2	64	24

Bain de trois heures à 34°, qu'elle trouve excellent, bien meilleur que ceux des jours précédents : elle est très contente, mais aussi très turbulente : la température du soir atteint 38°8, c'est-à-dire six dixièmes de plus qu'hier.

25 sept. — Nuit très agitée : insomnie, loquacité. Pas de bain.

26 et 27 sept. — Pas de bain : agitation continuelle pendant le jour ; loquacité incessante pendant la nuit.

En résumé cette malade, en proie à une agitation violente et continuelle compliquée d'une fièvre intense, a été calmée pour plusieurs heures ou même pour toute la nuit, en même temps que sa température baissait sensiblement, chaque fois qu'elle a pris des bains à 27° ou 28° ; tandis que son agitation a persisté ou même a été exagérée, en même temps que sa température vespérale s'élevait de trois à six dixièmes au-dessus de la moyenne des autres jours, chaque fois qu'elle a pris des bains à 32° ou 34°.

OBSERVATION III.

M... Jeanne, 26 ans, femme de chambre, entre à l'asile de Ville-Evrard le 6 septembre 1881 avec le certificat suivant :

« Est atteinte d'excitation maniaque avec hallucinations, loquacité, désordre dans les idées et dans les actes, propos incohérents. Contusions sur les membres. » M.

C'est une femme de grande taille, bien musclée et d'embonpoint moyen : elle est en proie à des idées de persécution et à des hallucinations très nettes de la vue, de l'ouïe et de l'odorat. Elle est parfois très agitée, crie, frappe, se roule par terre et ne veut pas se laisser conduire.

16 sept. — Bain de quatre heures à 27°. Pendant la soirée elle est tout à fait tranquille et dit elle-même qu'elle se trouve mieux.

17 sept. — Nuit très calme, beaucoup plus que les précédentes : l'agitation reparaît un peu le matin. Bain de quatre heures à 27° suivi d'une tranquillité complète.

18 sept. — Nuit et journée calmes ; la malade recommence à s'agiter vers le soir.

20 sept. — Hier bain de trois heures à 34° qui ne lui a procuré aucun calme : elle a chanté toute la nuit. Bain de trois heures à 27°. Pendant toute la soirée elle est tout à fait tranquille et raisonnable.

21 sept. — Le calme continue.

22 sept. — L'agitation recommence dès le matin, journée bruyante ; la malade ne veut pas rester dans la salle, se déshabille.

23 sept. — Nuit très agitée : la malade se roulait par terre, pleurait. Bain de trois heures à 28°, au sortir duquel M... est plus calme et silencieuse pour le reste du jour.

24 sept. — La malade est comme égarée, son regard est vague ;

elle prononce des paroles incohérentes ou garde le silence : parfois elle s'agite avec violence, se déshabille, court au hasard dans tous les sens, ses muscles sont agités de soubresauts convulsifs : elle refuse de manger seule et rejette quelquefois les aliments qu'on lui met dans la bouche.

25 sept. — Même état.

26 sept. — Ce matin la malade est en proie, pendant deux heures, à une très violente crise d'agitation : elle crie, mord, frappe, se roule par terre et se fait de nombreuses ecchymoses sur le corps. Le reste du jour elle est incohérente, égarée.

27 sept. — Ce matin une crise semblable à celle d'hier ; même incohérence, même inconcience. Bain de trois heures à 26°, après

DATE SEPT.	DURÉE du BAIN.	TEMP. du BAIN.	MATIN			25′ après le Bain			SOIR		
			T	P	R	T	P	R	T	P	R
16	12h4	27°	36,8	80	20	36	64	14	36,6	60	16
17	12h4	27°	37,2	72	18	35,8	60	16	36,4	56	18
18	»	»	37	64	16	»	»	»	37,4	72	26
20	1h4	27°	37,4	56	18	36	64	16	36,4	68	20
21	»	»	37,4	72	24	»	»	»	37,4	64	24
22	»	»	37	60	18	»	»	»	37,4	68	16
23	1h4	28°	37,4	84	20	36,8	64	22	37,2	76	20
24	»	»	37,6	72	16	»	»	»	37,8	88	22
25	»	»	37,6	84	20	»	»	»	37,8	80	22
26	»	»	37,6	72	16	»	»	»	37,8	84	24
27	1h4	26°	37,5	72	16	36,5	68	12	36,8	64	20
28	1h4	36°	37,3	64	20	37	96	16	37	60	24
29	1h4	34°	36,4	56	16	36,2	50	16	37	72	20
30	12h2	38°	33,4	52	14	37,8	68	16	37,6	88	18
1er oct.	»	»	36,6	56	24	»	»	»	37,2	56	20
2	»	»	36,6	60	20	»	»	»	36,4	68	16
3	»	»	326	52	20	»	»	»	36,2	56	16

lequel elle est calme, se rend compte de sa situation, répond raisonnablement aux questions, reconnaît son agitation des trois jours précédents, et recommence à travailler.

28 sept. — La nuit a été très bonne, et ce matin la malade est calme. Bain de trois heures à 36°, dont elle sort très excitée. Le soir elle a un violent accès d'agitation comme celui qui l'a tourmentée le matin du 26.

29 sept. — Ce matin l'agitation continue ; après un bain de trois heures à 34°, la malade est un peu plus calme.

30 sept. — Le matin Mme M... est calme et raisonnable. Bain à 36°, où elle ne reste que deux heures ; en sortant elle est abattue, déprimée, irritable, s'emportant par moments.

1er oct. — Au lever, crise d'agitation semblable à celles qu'elle a déjà présentées à plusieurs reprises ; pendant tout le jour elle est égarée, sombre, silencieuse ou parlant seule, et s'agitant par instants.

2 oct. — Même état qu'hier.

3 oct. — Elle est encore plus agitée que les deux jours précédents ; elle saute, court dans tous les sens, est très turbulente.

En somme l'état de cette malade ne s'est pas amélioré d'une manière persistante sous l'influence des bains, mais chaque fois les bains prolongés, sauf ceux de 34° et au-dessus, ont été suivis d'une suspension manifeste de l'agitation pendant plusieurs heures, souvent pendant un jour entier. Dès que les bains étaient suspendus plusieurs jours de suite l'agitation et l'incohérence reparaissaient : trois jours surtout sont remarquables à ce point de vue ; ce sont les 24, 25 et 26 septembre, pendant lesquels la malade n'a pas pris de bains, et pendant lesquels aussi on note une élévation manifeste de la température, et une recrudescence dans l'agitation et le délire, symptômes qui disparaissent tous ensemble, dès que la malade retourne au bain.

OBSERVATION IV.

Mlle A... Pauline, 19 ans, sans profession, entre à l'asile de Ville-Evrard le 13 sept. 1881.

Certificat immédiat : « Est atteinte d'excitation maniaque avec désordre dans les actes ; chants, cris, insomnie. » E. de L.

Son agitation est extrême, elle ne peut demeurer un instant tranquille ; elle rit aux éclats, chante, saute sans cesse ; elle a une grande tendance à tenir des propos obscènes et à se déshabiller, et on est obligé, pour qu'elle reste habillée de lui laisser continuellement un manchon.

16 sept. — Bain de quatre heures à 27°. En sortant elle est calme et cette amélioration persiste toute la soirée : on peut lui laisser les mains libres, lui retirer son manchon, ce qui n'a pas pu être fait encore depuis son entrée.

17 sept. — L'agitation a recommencé hier soir au moment du coucher, et a duré toute la nuit. Bain de quatre heures à 25° ; elle est calme en sortant du bain.

18 sept. — L'agitation est revenue pendant la nuit, aussi forte qu'à l'ordinaire et persiste tout le jour.

20 sept. — Bain de deux heures à 32o qui ne lui procure aucun calme.

21 sept. — Bain de trois heures à 26o qui produit peu d'effet; le soir l'agitation redevient aussi forte qu'auparavant.

22 sept. — Bain de trois heures à 26o qui lui procure un peu de calme.

23 sept. — La nuit a été très bonne. L'agitation revient le matin. Bain de trois heures à 28o, qui n'est suivi d'aucune amélioration.

DATE SEPT.	DURÉE du BAIN.	TEMP. du BAIN.	MATIN			25′ après le Bain			SOIR		
			T	P	R	T	P	R	T	P	R
16	12h4	27°	36,8	100	24	36,5	84	16	37,4	108	24
17	12h4	25°	37,2	88	20	35,8	88	24	37	84	18
18	»	»	37	100	22	»	»	»	37,4	112	16
21	1h4	26°	37,2	80	16	36	88	20	37,3	92	22
22	1h4	26°	37,4	88	16	36,2	88	16	36,8	92	22
23	1h4	28°	38	100	24	36,2	116	20	36,7	96	16
24	1h4	34°	37,4	88	16	36,6	100	22	37,2	88	20
25	»	»	37,2	88	16	»	»	»	37,6	106	22
26	10h1	26°	37,3	84	16	35,8	100	22	37,2	92	20
27	10h3	26°	37,2	84	20	36,5	100	20	37,2	80	24
28	10h3	36°	37,2	80	20	37,8	116	20	37,2	100	22
29	11h4	30°	37,3	68	24	36,6	68	20	37,2	112	26
30	12h230	38°	37	72	18	37,6	88	22	36,8	92	26
1er oct.	1h4	26°	36,8	76	18	36,5	80	20	36,7	76	24
2	»	»	36,5	68	20	»	»	»	37,2	84	16
3	»	»	36,4	68	20	»	»	»	36,3	72	20

24 sept. — Nuit très agitée : cris continuels. Bain à 34o à la suite duquel A... est très excitée.

25 sept. — Cette nuit et aujourd'hui l'agitation est notablement plus forte qu'à l'ordinaire ; elle frappe, cherche à casser, à briser ce qu'elle peut atteindre.

Le 26, bain de trois heures à 26o suivi de calme pour le reste de la journée et de deux ou trois heures de sommeil le soir.

Le 27. bain de cinq heures à 26o suivi d'une soirée et d'une nuit entière tout à fait calmes.

Le 28 au matin l'agitation reparaît un peu, mais est encore beaucoup moindre qu'à l'ordinaire. Bain de cinq heures à 36o que la malade trouve excellent, pendant lequel elle s'agite, chante crie, et rit aux éclats. L'agitation continue toute la soirée plus violente que jamais, et pendant la plus grande partie de la nuit, pour diminuer un peu vers le matin.

29 sept. — Bain à 30° qui produit peu d'effet. La fréquence du pouls et de la respiration s'expliquent ce soir, par ce fait que la malade, au moment où on l'examine vient de courir, et de sauter dans la cour, tandis que les autres jours, à cette heure, elle était couchée depuis déjà quelque temps.

30 sept. — Bain à 38°. Au bout de deux heures et demie, elle est abattue ; elle a la face violacée, ruisselante de sueur: elle a soif et demande à boire ; mais se trouve bien dans son bain et ne désire pas qu'on ajoute de l'eau froide. Au sortir du bain la sueur s'arrête, la couleur cyanosée de la peau fait place à une coloration rouge intense, qui disparaît peu à peu dans l'espace d'une heure. La nuit suivante est assez calme,

1er oct. — Bain de trois heures à 26o à la suite duquel la malade est calme pendant toute la soirée et la première partie de la nuit.

Pendant les trois jours suivants que la malade ne prend pas de bains, l'agitation est continuelle, un peu plus violente par instants, un peu plus modérée d'autres fois, mais il n'y a pas de période de calme.

En résumé cette malade, continuellement en proie à une agitation maniaque extrême, a été calmée presque chaque fois pendant plusieurs heures à la suite de bains prolongés de 25° à 28°. Elle les trouvait froids, mais les supportait bien, et la réaction se faisait facilement. Les bains à 30o ou à 32o ont produit très peu d'effet. A la suite d'un bain à 36o il y a eu une recrudescence manifeste de l'agitation. Enfin, après un bain à 38o, que la malade aurait difficilement supporté plus de deux heures et demie, l'agitation a cessé, mais son état d'abattement, de prostration, différait totalement de l'aspect de bien être et de gaité qui accompagnait le calme consécutif aux bains d'une température plus basse.

Observation V.

Mme B... 53 ans, journalière, entre à l'asile de Ville-Evrard le 28 décembre 1880. Certificat de quinzaine : « Est atteinte d'excitation maniaque avec idées de persécutions et hallucinations de l'ouïe, de la vue et de l'odorat ; chez elle on lui faisait sentir de mauvaises odeurs ; dans les rues, elle était poursuivie et insultée. »

E. de L.

C'est une femme de taille moyenne, de constitution sèche, nerveuse, et d'une santé physique satisfaisante.

Pendant toute l'année, jusqu'au mois de septembre, cet état maniaque avec idées de persécution et loquacité se continue sans relâche. La malade ne cesse de parler à haute voix, de gesticuler, d'invectiver les personnes présentes ou imaginaires. Son agitation continue aussi bien la nuit que le jour, et elle goûte fort peu de repos.

16 sept. — Bain de deux heures à 27° qui produit peu d'effet sur l'état de la malade.

17 sept. — Bain de quatre heures à 25°, qui ne calme pas immédiatement l'agitation ni la loquacité ; mais la nuit suivante a

DATE SEPT.	DURÉE du BAIN.	TEMP. du BAIN.	MATIN			25′ après le Bain			SOIR		
			T	P	R	T	P	R	T	P	R
16	10h12	27°	37,2	88	28	36,3	112	24	37,2	112	28
17	12h4	25°	37	80	24	36	92	28	37	88	20
18	»	»	37,4	100	24	»	»	»	37,4	100	24
25	»	»	36,5	96	20	»	»	»	36,9	88	28
26	10h1	28°	36,8	88	24	36,8	76	24	37	80	24
27	10h3	26°	36,9	68	16	36	76	24	36,7	92	24
28	10h3	36°	37,2	72	24	37,2	72	20	37,2	88	24
29	1h4	34°	37,2	72	24	37	72	28	37,2	80	24
30	12h330	38°	37,4	92	18	37,8	100	20	38	88	24
1er oct.	1h4	26°	37,2	72	24	36,1	64	28	36,8	76	16
2	»	»	37,2	80	28	»	»	»	37,3	84	18
3	»	»	37,2	76	18	»	»	»	37	80	20

été plus calme que les précédentes : la malade a bien dormi et n'a pas parlé.

26 sept. — Bain de trois heures à 28° qui reste aussi sans résultat immédiat sensible, mais la nuit est tranquille.

27 sept. — Bain de cinq heures à 26°, à la suite duquel la malade est tout à fait calme : la nuit suivante est également d'une tranquillité remarquable et extraordinaire.

28 sept. — Ce matin la malade est très calme, silencieuse et docile. Bain de cinq heures à 36°, à la suite duquel elle est d'une agittaion et d'une loquacité plus fortes que les autres jours : « Jamais je ne l'ai vue aussi turbulente », disait la sœur du quartier, ne sachant à quoi attribuer la différence entre l'effet du bain d'hier et celui d'aujourd'hui. L'agitation se prolonge jusqu'au milieu de la nuit.

29 sept. — Bain de trois heures à 34°, à la suite duquel la malade paraît un peu plus calme ; mais l'agitation revient sur le soir.

30 sept. — Elle est très agitée pendant la nuit, crie, met le désordre dans le dortoir. Bain à 38° qu'elle trouve excellent, dans lequel elle reste trois heures et demie sans fatigue, et qu'elle supporterait facilement plus longtemps. Au sortir du bain elle est surexcitée, chante, crie plus qu'à l'ordinaire ; elle a à ce moment une température de 37° 8, qui le soir, trois heures après le bain, atteint 38°, s'élevant ainsi à 6 ou 8 dixièmes au-dessus de la température des jours précédents et suivants.

1er oct. — Nuit assez tranquille. Bain de trois heures à 26°, suivi de calme. — Il y a une notable amélioration dans l'état de la malade depuis une huitaine de jours ; elle dort mieux pendant la nuit et parle moins pendant le jour.

2 et 3 oct. — Pas de bain. L'agitation augmente sensiblement, et est beaucoup plus forte et plus continue que les jours précédents ; Mme B... est très turbulente aussi bien la nuit que le jour ; elle crie et chante sans cesse.

En résumé, cette malade, en proie à une violente agitation maniaque, qui pendant un an, n'a offert que des variations insignifiantes, a été calmée pour la nuit presque chaque fois, à la suite de bains de trois ou quatre heures à la température de 25° à 28°. Celui qui a été suivi du calme le plus long et le plus marqué a été un bain de cinq heures à 26°. Les bains à 36 et 38° ont été suivis d'une recrudescence notable de l'agitation. Pendant la semaine où elle a pris ces bains la malade a été beaucoup plus calme que pendant les semaines précédentes, surtout pendant la nuit ; et l'agitation a reparu aussi violente que jamais dès qu'on les a suspendus.

Observation VI.

J... Auguste, 34 ans, garçon limonadier, entre à l'asile de Ville-Evrard le 5 novembre 1881.

Il est de taille moyenne, maigre et de bonne constitution.

Il faisait, nous dit sa femme, de nombreux excès de boissons, et il était sujet depuis quelque temps, à des hallucinations et à des terreurs imaginaires.

A son arrivée à l'asile J... est dans un état d'agitation extrême ; il crie, prononce des paroles incohérentes, ne répond à aucune question, saute et bondit dans son lit, ne peut rester ni couché ni habillé, ne repose ni la nuit, ni le jour, et ne prend presque pas de nourriture, si ce n'est quelques potages et un peu de lait. Langue sèche et fuligineuse.

7 nov. — Bain de trois heures à 38°. Au début le malade s'agite dans sa baignoire, donne de tous côtés des coups de pieds et des coups de poing ; à la fin il reste immobile. Au sortir du bain il demeure tranquille, sans qu'il soit nécessaire de le maintenir pendant qu'on prend sa température, c'est-à-dire pendant dix minutes ; avant le bain, au contraire, il avait fallu l'aide de trois infirmiers pour le contenir pendant le même temps ; au lieu de discours incohérents et d'exclamations violentes, il ne dit plus que quelques paroles à voix basse ; ses lèvres ni sa langue ne sont plus sèches ni fuligineuses, mais humides et rosées, il semble prêt à dormir. Pendant toute l'après-midi, sans aucun moyen de contention il demeure tout à fait calme ; en somme, le bain a complètement supprimé une très violente agitation.

DATE NOVe.	DURÉE du BAIN.	TEMP. du BAIN.	MATIN			10' après le Bain			SOIR		
			T	P	R	T	P	R	T	P	R
7	9h12	28°	38,5	108	24	35,9	92	14	36,8	92	16
8	1h3	36°	37	88	16	38,2	104	20	38,2	108	20
9	1h4	28°	37,3	92	24	36,4	72	16	37,3	96	20
10	1h3	34°	37,6	92	20	37,4	88	20	38	100	22
11	»	»	37,5	108	20	»	»	»	38	128	22
12	9h11	26°	36,8	100	18	35,4	96	12	36,4	80	12
13	»	»	37,6	108	20	»	»	»	38,4	112	18
14	9h11	34°	37,3	112	14	37,6	120	20	38,2	116	20
15	2h1	26°	37	120	24	35	96	16	35,6	92	16
16	1h4	36°	37,4	100	20	35,7	108	14	37,2	160	24

8 nov. — La nuit a été très bonne : le malade est resté spontanément dans son lit sans l'emploi d'aucun moyen de contrainte, ce qui n'avait pas encore eu lieu depuis son entrée ; il prononce à voix basse des paroles incohérentes ; depuis ce matin il recommence à s'exciter légèrement ; mais il est très loin d'être aussi agité que les jours précédents. Bain de trois heures à 36° : grande agitation pendant toute la durée. Au sortir du bain il est dans une surexcitation extrême : il parle sans cesse, vocifère, pleure, se met en colère, et fait dans son lit toutes sortes de mouvements désordonnés : lèvres et langue fuligineuses. Cette agitation persiste toute la soirée.

9 nov. — Nuit très agitée. « Le bain d'hier ne l'a pas calmé comme celui d'avant-hier, il ne lui a pas fait autant d'effet, » dit le gardien qui le surveille, et qui ne sait à quoi tient cette différence. Bouche sèche et fuligineuse. Bain de trois heures à 28° pendant lequel J.., reste calme ; au sortir du bain il continue de prononcer des paroles incohérentes, mais demeure tranquille. Il éprouve à ce moment quelques frissonnements ; langue et lèvres humides et rosées.

10 nov. — Après avoir dormi quatre heures environ, J... recommence à s'agiter avec violence le reste de la nuit. Bain de deux heures à 34°, à la suite duquel il est aussi agité qu'à l'ordinaire pour tout le reste de la journée.

11 nov. — Cris et agitation violente toute la nuit et tout le jour. Pas de bain.

12 nov. — Insomnie complète, cris pendant toute la nuit ; le malade est beaucoup plus agité et plus difficile que les deux ou trois jours précédents ; il refuse toute nourriture. Bain de deux heures à 26°, après quoi il est plus tranquille et ne prononce plus que quelques paroles à mi-voix. Tout le reste du jour il est très calme ; langue et lèvres humides ; il prend du bouillon et du lait.

13 nov. — Après avoir dormi trois heures hier soir, il a recommencé à s'agiter le reste de la nuit ; l'agitation est extrême toute la journée.

14 nov. — Nuit très agitée. A dormi deux heures ce matin puis l'agitation a recommencé. Bain de deux heures à 34°. En sortant il est plus excité que jamais il n'a été après un bain ; il est furieux, crie, mord, donne des coups de pieds, fait des mouvements brusques ; quatre infirmiers peuvent à peine le tenir pendant qu'on prend sa température, et cette agitation furieuse persiste toute la journée.

15 nov. — Toute la nuit et ce matin agitation extrême. Bain à 25°. Au bout de deux heures J... devenu immobile se plain que son bain est froid ; on le fait sortir ; il est très calme, silencieux ; il prend un peu de nourriture, du potage et du lait ; il reste pendant toute la soirée tout à fait tranquille, somnolent ; si on

l'interroge, il prononce quelques mots incohérents à voix basse.

16 nov. — La première moitié de la nuit a été calme, puis après quelques heures de sommeil il a recommencé à s'exciter peu à peu, et ce matin l'agitation est aussi forte qu'à l'ordinaire. Bain de trois heures à 30°, à la suite duquel il est plus calme pendant deux heures seulement ; il devient alors d'une agitation extrême, ce qui explique la fréquence excessive du pouls ce soir au moment de l'examen.

Cette observation est remarquable par la régularité avec laquelle une agitation très violente a été calmée complètement chaque fois sous l'influence de bains prolongés à une température au-dessous de 30° ; tandis qu'elle n'a nullement été diminuée, quelfois même elle a plutôt parue redoublée dès que les bains étaient au-dessus de 30°. La marche suivie par la température fébrile du malade mérite aussi d'attirer l'attention ; elle a été abaissée chaque fois le soir des jours où J... avait pris un bain de 30° ou au-dessous, tandis qu'elle a été à peu près la même les jours où il avait pris des bains au-dessus de 30° que ceux où il n'en avait pas pris. La marche du pouls a suivi assez exactement celle de la température.

OBSERVATION VII.

S... Jean, 31 ans, sculpteur, entre à l'asile de Ville-Evrard le 6 juin 1881. Il est de petite taille, bien musclé et bien constitué.

DATE NOV.	DUREE du BAIN.	TEMP. du BAIN.	MATIN			10′ après le Bain			SOIR		
			T	P	R	T	P	R	T	P	R
4	9h11	28°	37,3	88	22	36,3	88	18	37,3	72	20
5	9h11	26°	37,6	92	16	36	64	16	37,6	88	22
6	»	»	37	76	18	»	»	»	37,4	80	20
7	9h11	36°	37,2	80	20	37,8	96	20	37,4	72	24
8	9h11	37°	36,7	76	18	38	104	22	37,3	88	20
10	»	»	37,4	84	20	»	»	»	36,6	76	20
11	9h11	26°	37,4	84	16	35,5	76	20	37,2	94	20
12	9h11	31°	37,2	76	20	36,6	76	18	37,1	80	20
13	»	»	37,4	84	18	»	»	»	37	76	18
14	9h11	38°	37,5	80	18	38,3	120	20	37,2	68	16

Il est très agité, toujours en mouvement, se promenant avec activité, débitant des discours incohérents, et cherchant querelle à ses camarades. Cette agitation persiste toute la nuit aussi bien que le jour.

4 nov. — Hier S... a essayé à deux reprises de s'évader par un carreau cassé. Bain de deux heures à 28° ; il est plus calme le reste du jour.

5 nov. — La nuit a été tranquille, beaucoup plus que les précédentes ; l'agitation a recommencé ce matin. Bain de deux heures à 26° ; le reste du jour est très calme ; il parle seul, mais ne s'agite pas.

6 nov. — Nuit très tranquille et journée assez calme.

7 nov. — Monologues incohérents toute la nuit. Bain de deux heures à 36°. Le reste du jour S... est beaucoup plus agité qu'à l'ordinaire.

8 nov. — Nuit très agitée, tentative d'évasion, grande excitation ce matin. Bain de deux heures à 37°. L'agitation persiste tout le jour plus violente que jamais.

9 et 10 nov. — Toujours très agité, loquacité extrême. S... gesticule et crie sans relâche.

11 nov. — L'agitation a persisté la plus grande partie de la nuit. Bain de deux heures à 26° ; le reste du jour est calme.

12 nov. — Tentative d'évasion hier soir, nuit tranquille. Bain de deux heures à 34°, qui le laisse agité et loquace comme à l'ordinaire.

13 nov. — Nuit très agitée, tapage, journée très turbulente.

14 nov. — La prèmière moitié de la nuit a été calme, la seconde très agitée. Bain de deux heures à 38°. Le malade le trouve excellent, mais ne le voudrait pas plus chaud ; il le préfèrerait plutôt un peu plus froid. Depuis son bain il est abattu et demeure tout à fait tranquille et docile.

15 nov. — Evadé pendant la nuit. Réintégré deux jours après, il est aussitôt transféré au quartier de sûreté de Bicêtre.

En résumé ce malade, qui était en proie à une forte agitation maniaque a été calmé chaque fois pour le reste du jour et pour la nuit suivante par les bains au-dessous de 30°, tandis qu'il a été peu impressionné ou vivement surexcité par ceux qui étaient d'une température plus élevée. A la suite d'un bain à 38° il a été prostré et abattu pour le reste du jour plutôt que calmé.

OBSERVATION VIII.

C... Jean, 39 ans, vannier, est devenu paraplégique il y a deux ans à la suite d'une forte contusion des reins produite par le passage d'une roue de voiture. Depuis ce temps il n'a pas quitté les hôpitaux, et au mois d'avril 1881 il est transféré à l'asile de Ville-Evrard à cause de ses idées et tentatives continuelles de suicide, et des

scènes turbulentes qu'il provoque fréquemment autour de lui. Son état est resté stationnaire depuis son entrée. Il prend quelquefois des bains sulfureux, mais il les veut très chauds et on le laisse les prendre à la température qu'il lui plaît.

Le 16 novembre, il prend à deux heures de l'après-midi un bain à 40°. Il le trouve excellent, pas trop chaud, et y reste trois quarts d'heure ; avant la sortie du bain sa face est congestionnée, violacée, ruisselante de sueur ; lorsqu'on sort le malade la peau est rouge vif dans toute son étendue ; à mesure que l'on essuie l'eau du bain une sueur très abondante le mouille de nouveau. C... éprouve à ce moment une sensation de bien-être en même temps que d'affaissement général ; il se laisse envahir par une somnolence insurmontable.

Dix minutes après la sortie du bain sa température est de 38°6, son pouls bat 160 pulsations à la minute : il est petit, filiforme ; les mouvements respiratoires sont de 36 par minute, tandis qu'à l'état ordinaire C... présente une température de 36°6 à 36°8, un pouls assez fort de 70 pulsations, et 20 respirations par minute. Après son bain il est resté abattu et endormi jusqu'au soir, au lieu d'être comme à son habitude très excité à cette heure du jour.

Cherchons maintenant à dégager de ces observations quelque enseignement utile pour la pratique.

Aucun bain prolongé n'a été donné à une température inférieure à 25° centigrades parce qu'à ce degré les malades commencent à se plaindre vivement du froid. Les soumettre à une température plus basse serait souvent inhumain : la souffrance qui leur serait ainsi imposée nous a paru pire que l'agitation qu'elle a pour but de combattre. D'ailleurs, en prolongeant le bain à 25° suffisamment, quatre ou cinq heures par exemple, et en le répétant plusieurs jours de suite, on est sûr d'obtenir dans l'état du malade une amélioration très appréciable dès le premier jour et plus marquée encore les jours suivants.

Si le malade se rend compte des sensations qu'il éprouve en entrant dans un bain de 25°, la première impression qu'il ressent est celle du froid et il s'en

plaint plus ou moins vivement. Au bout d'un temps variable, mais qui ne dépasse pas ordinairement une demi-heure, il commence à grelotter. Cette espèce de tremblement n'est pas continu, mais il revient par intervalles plus ou moins espacés ; les accès en sont d'autant plus rapprochés et les oscillations d'autant plus étendues que le bain se prolonge davantage. Ce symptôme, déjà noté par Brierre de Boismont, n'avait pour cet auteur aucune importance tant que les malades étaient agités, souffraient ou tenaient des propos décousus. Les doigts et les orteils prennent sous l'influence du froid une teinte violacée. Les lèvres et la face, non soumises au refroidissement, se congestionnent, et leur coloration fait un contraste frappant avec la blancheur, la pâleur des autres parties du corps plongées dans l'eau. Si les malades sont agités ou inconscients ils ne font aucune réflexion au sujet de la température du bain ; souvent même, si on leur demande comment ils le trouvent, ils répondent qu'il est excellent ; ils continuent à s'agiter dans leur bain, veulent sans cesse en sortir, et pour les y maintenir on est obligé de couvrir leurs baignoires. Peu à peu cependant au bout d'une, deux ou trois heures, les malades modèrent l'ampleur et la vivacité de leurs mouvements désordonnés, ils crient moins fort et d'une manière moins continue ; enfin, ils deviennent ordinairement tout à fait calme, quelle qu'ait été leur agitation au commencement ; tant qu'ils sont surexcités ils ne grelottent pas, ou du moins ce phénomène, masqué par des mouvements plus saillants, passe inaperçu pour se manifester dès que le calme s'établit. Lorsque les malades ne sont pas agités, ils se blottissent à une extrémité de la baignoire dans une situation accroupie, les genoux près du menton, et les bras

croisés sur la poitrine, dans la position instinctive que l'on prend lorsqu'on a froid et qu'on veut se réchauffer. Ils se tiennent immobiles parce que tout mouvement accentue et exagère la sensation de froid qu'ils éprouvent. Au sortir du bain, les capillaires de la périphérie, jusqu'alors contractés par la basse température de l'eau, se dilatent, le sang y afflue, et la peau prend une coloration rosée, tandis que les extrémités conservent encore quelque temps leur teinte cyanosée. Les malades ont encore quelques frissonnements pendant une demi-heure environ, puis ils n'éprouvent plus aucun symptôme désagréable. Leur démarche ordinairement lente à ce moment, leur docilité, la lucidité de leurs réponses contrastent d'une manière frappante avec l'agitation et l'incohérence auxquelles ils étaient en proie avant leur bain.

La *température du corps* est notablement abaissée au sortir de l'eau. A la suite de dix bains donnés dans cette condition nous avons obtenu pour moyenne de la température axillaire, 10 minutes après la sortie de l'eau, 35°,4, et 25 minutes après la sortie de l'eau, 36°. Deux heures plus tard la température moyenne était de 36°,9, tandis qu'à la même heure, chez les mêmes malades, les jours où ils n'avaient pas pris de bain, elle était de 37°3.

Cette marche rapidement ascensionnelle de la température montre que la réaction se fait vite et facilement à la suite de bains de deux à quatre heures à 25°. Et en effet les malades, une demi-heure après leur sortie de l'eau, ont en général oublié complètement l'impression désagréable du froid qu'ils ont ressentie dans le bain et immédiatement après en être sortis; si on leur demande alors comment ils se trouvent ils répondent qu'ils sont tout à fait bien,

qu'ils n'ont plus froid, et l'expression de bien-être qu'on lit sur leur physionomie concorde bien avec les idées de contentement qu'expriment ces réponses. Toutefois, nous devons noter une exception à cette facilité de la réaction observée en général à la suite des bains à 25°. Elle s'est produit chez le malade de l'observation VI à la suite du bain de deux heures qu'il prit le 15 novembre. Sa température, deux heures après le bain, n'était encore remontée qu'à 35°,6 ; sa tranquillité complète contrastait d'une manière frappante avec la vive agitation qui avait précédé le bain ; il ne se plaignait pas, mais son attitude, concordant avec les indications du thermomètre, faisait comprendre qu'il n'était pas encore réchauffé ; néanmoins il s'endormit bientôt, et après quelques heures de sommeil il était revenu complètement à son état antérieur. Nous avons attribué dans ce cas la lenteur de la réaction à l'état de faiblesse dans lequel avait plongé le malade une agitation extrême de plusieurs jours de durée, accompagnée d'une alimentation insuffisante et d'un état fébrile prononcé. Trois jours auparavant, n'étant pas encore aussi affaibli, il s'était tout à fait bien trouvé d'un bain de deux heures à 26°.

La période de calme qui succède presque toujours aux bains prolongés de 25° ne présente pas toujours les mêmes caractères. Le calme peut n'être que relatif, et surtout appréciable par la comparaison de l'état actuel avec l'état antérieur du malade. Le fait se présente principalement chez les individus atteints d'excitation maniaque violente, qui sont jeunes, vigoureux, se nourissent bien, surtout si leur bain a été de courte durée et s'ils n'en ont pas pris les jours précédents. Dans ces conditions, l'état de calme peut ne durer que deux heures ou environ, mais ordinai-

rement il persiste tout le reste du jour, et se continue le soir avec un sommeil réparateur de la moitié ou de la totalité de la nuit : il est très fréquent d'observer des malades dont le sommeil avait fui les paupières depuis plusieurs jours, depuis des semaines, dormir profondément toute une nuit à la suite d'un bain prolongé de 25°. Rarement cette période de calme se prolonge davantage, à moins que le bain n'ait contribué à mettre fin à un état fébrile tenant sous sa dépendance l'agitation du malade ; ce cas se présente quelquefois, comme nous le verrons plus loin. Après avoir été tranquille plus ou moins longtemps, l'aliéné se montre d'abord loquace puis irritable et turbulent, s'excite de plus en plus, et peu à peu revient à son agitation antérieure.

Nous avons donné trente bains à 26°. Dix minutes après la sortie du bain la température moyenne s'est trouvée de 36°, et vingt-cinq minutes après la sortie du bain, elle était de 36°1. A la suite de dix-huit bains à 28° la température axillaire était en moyenne, après dix minutes, de 36°15, et après vingt-cinq minutes, 36°3.

Après vingt-deux bains à 30° la température axillaire moyenne était, au bout de dix minutes, 36°3, et au bout de vingt-cinq minutes, 36°7.

A la suite de seize bains à 32° la température moyenne était, après dix minutes, 36°8, et après vingt-cinq minutes, 37°.

Après quatorze bains à 34° la température axillaire moyenne était, au bout de dix minutes, de 37°, et après vingt-cinq minutes, de 37°1.

Deux heures après la sortie du bain, la température axillaire moyenne de ces mêmes malades était :

Après les bains à 26° et 28° de 36°9.
Après les bains à 30° et 32° de 37°.
Après les bains à 34° de 37°1.

Tandis que les jours où ces mêmes malades n'avaient pas pris de bain, leur température moyenne à la même heure, c'est-à-dire à 6 heures du soir, était de 37°3.

Les effets produits sur l'agitation des malades par les bains de 26° à 34° sont du même ordre que ceux que nous venons de décrire à la suite des bains de 25°; mais ils sont d'autant moins marqués et durables, et surtout d'autant moins constants que le bain est donné à une température plus élevée; et si les bons effets des bains de 26° et 28° sont ordinairement de toute évidence, ceux des bains de 32° et 34° sont souvent douteux, surtout chez les malades très agités qui ne sont restés que deux heures dans l'eau.

A partir de 30° les malades ne se plaignent presque plus de la température des bains; le plus souvent ils les trouvent excellents, surtout si les jours précédents, ils en ont pris à des températures plus basses.

A la suite de douze bains à 36° la température axillaire moyenne s'est trouvée, après dix minutes, de 37°4, après vingt-cinq minutes, de 37°3, et après deux heures, de 37°2. Les malades trouvent ces bains excellents, s'y plaisent beaucoup et s'agitent continuellement pendant toute leur durée. Mais leur résultat le plus constant et le plus caractéristique, celui par lequel ils diffèrent très nettement des bains à température plus basse ou plus élevée, c'est un redoublement manifeste de l'agitation des malades. Ceux-ci sont pendant deux ou trois heures après leur sortie du bain, d'une turbulence extrême, crient, sautent renversent tout. Cette différence dans le résultat est encore plus évidente si la veille les malades ont pris des bains à une basse température; dans ce cas, les surveillants, préposés à la garde des aliénés, ne manquent pas de faire spontanément, et sans en connaître la

cause, la remarque de cette différence et du redoublement d'agitation consécutif au bain de 36°.

A la suite de dix bains à 37°, la température moyenne s'est trouvée au bout de dix minutes de 38°, et la surexcitation des malades, après leur sortie de l'eau, quoique très sensible, était moindre cependant qu'après les bains à 36°.

En voyant certains bains prolongés calmer l'excitation des aliénés agités, et d'autres avoir pour effet manifeste d'augmenter cette agitation, nous avons été naturellement amené à penser que peut-être certaines formes dépressives de l'aliénation avec immobilité, silence, tendance à la stupeur, seraient avantageusement modifiées par les bains qui, chez les agités, étaient suivis d'un redoublement d'excitation. Nous avons donc donné à trois reprises différentes des bains de deux heures à 36° ou 37°, à des malades déprimés, immobiles, ou en état de stupeur complète. Mais les résultats n'ont pas répondu à nos espérances, et l'état de ces malades n'a pas été sensiblement modifié par ces bains.

Nous avons donné sept bains à 38°, à la suite desquels la température observée a été de 38°3 après dix minutes, de 37°5 après vingt-cinq minutes, et de 37°2 après trois heures. Les malades trouvent leur bain excellent en général; ils disent n'en avoir jamais pris d'aussi bons, ils sont très contents et manifestent d'abord leur joie par un redoublement d'agitation, des chants, des cris; mais au bout d'un temps variable entre deux et trois heures suivant les sujets, ils se calment, deviennent abattus, immobiles et somnolents, leur face est cyanosée et ruisselante de sueur; aucun cependant ne demande de l'eau froide ni sa sortie du bain. Tous s'y trouvent bien, un seul nous a dit qu'il aurait préféré l'eau un peu moins chaude.

Les malades sont restés dans ces bains, les uns deux heures, les autres trois heures, suivant la facilité avec laquelle ils les supportaient. Au sortir de l'eau, la sueur s'arrête, la teinte violacée des téguments fait place à une coloration rose très vive, déterminée par une forte congestion de la peau, et s'effaçant peu à peu dans l'espace d'une demi-heure. La plupart des malades éprouvent alors une soif ardente et demandent à boire, ce qu'ils ne font pas d'ordinaire au sortir des bains d'une plus basse température; quant à l'agitation, elle a été en général supprimée pour quelques heures; mais les malades étaient comme abattus, prostrés; leur attitude, leur physionomie ne respiraient pas cet air de bien-être consécutif aux bains d'une température plus basse; leur expression était celle de la fatigue, de l'affaissement, plutôt que de la tranquillité et du calme.

Nous avons rapporté dans l'observation VIII les phénomènes survenus à la suite d'un bain de quarante-cinq minutes à 40°.

Pour connaître la marche de la température des malades, pendant la durée du bain, il eût fallu pouvoir leur placer un thermomètre sous la langue pendant qu'ils étaient dans l'eau; leur agitation rendait ce procédé impraticable, tant à cause de la difficulté de l'employer, que du danger qu'il aurait présenté pour les malades si le thermomètre était venu à se casser dans leur bouche. Pour combler cette lacune, nous avons pris nous-même quelques bains de deux heures, en observant la marche de la température pendant leur durée, et voici les résultats que nous avons obtenus :

DATE FÉV.	HEURE et DURÉE	TEMP. du BAIN.	TEMPÉRATURE SUBLINGALE								
			AVANT le BAIN.	PENDANT LE BAIN AU BOUT DE					APRÈS LE BAIN		
				5′	15′	45′	1h15′	2h	15	1h	2h
15	10h12	25°	36°8	36°8	37°1	36°6	36	35°6	35°3	35°8	36°4
17	10h12	30°	36°8	36°9	37°2	36°7	36°5	36°4	36	36°3	36°6
18	3h5	34°	37°3	37°4	37°3	37°2	36°9	36°9	36°5	36°6	36°9
21	3h5	38°	37°4	37°5	37°6	37°8	38°0	38°2	37°8	37°6	37°2

Une particularité qui nous a surpris le premier jour, parce que nous ne nous y attendions pas, et qui a été confirmée par sa répétition les jours suivants, pour les bains de 30° et 34°, c'est qu'après cinq et quinze minutes d'immersion dans l'eau, la température sublinguale s'est trouvée plus élevée de 1 à 4 dixièmes qu'avant l'entrée dans le bain; et quinze minutes après la sortie de l'eau cette température était de 3 à 4 dixièmes plus basse qu'à la fin du bain. Pour expliquer ce fait, nous avons admis qu'au moment de l'immersion dans l'eau, le sang, refoulé de la peau sous l'influence du froid, s'accumule dans les organes internes et dans la tête, qui n'est pas soumise au même refroidissement, en dilate les vaisseaux et en élève la température; après le bain, un phénomène inverse se produit : le sang retourne à l'enveloppe cutanée, abandonne les organes internes et l'extrémité céphalique, dont les vaisseaux, revenant sur eux-mêmes, occasionnent dans ces parties un ralentissement de la circulation et une diminution de la calorification; à ce moment, les températures axillaire et sublinguale marchent en sens inverse l'une de l'autre ; pendant que la première s'élève, la seconde s'abaisse.

Quant aux impressions que nous ont produites ces bains, nous pouvons dire que nous les avons trouvés tous très supportables ; cependant, celui à 25° et celui à 38° étaient incontestablement désagréables : le premier, parce qu'il était froid et faisait grelotter, le second, parce qu'il était trop chaud et occasionnait du malaise et de la sueur sur la face. A la suite du bain à 25° nous avons éprouvé une légère céphalalgie pendant quelques heures, et à la suite de celui de 38°, un peu de fatigue et de la somnolence pendant le reste du jour. Le plus agréable a été celui de 34°.

Le retour à la température normale s'effectue assez rapidement. Au bout de dix minutes après la sortie d'un bain, on observe des différences très sensibles entre les températures axillaires, suivant le degré auquel ce bain a été administré ; mais, après vingt-cinq minutes, les écarts sont beaucoup moindres. Enfin deux heures après le bain, les différences sont à peu près complètement effacées, et il n'y a plus que deux ou trois dixièmes entre les températures de sujets ayant pris des bains de 13° de différence. Le tableau ci-après montre ces variations.

On voit, d'après ce tableau, qu'en général deux heures après la sortie d'un bain, la température animale est rentrée dans les limites où on l'observe à l'état normal. Toutefois, nous avons eu l'occasion de noter à cette règle quelques exceptions : dans l'observation V, le 30 septembre, trois heures après un bain à 38°, la malade avait une température de 38°, de 0,8 plus élevée que les jours précédents et suivants à la même heure. Dans l'observation VI, le 15 novembre, le malade, deux heures après un bain à 25°, n'avait comme température axillaire que 35°,6 ; nous avons déjà dit que, dans ce cas, la lenteur et la difficulté de la réaction devaient être attribuées à l'épuisement

TEMPÉRAT. du BAIN.	TEMPÉRATURE AXILLAIRE		
	10 Minutes APRÈS LE BAIN.	25 Minutes APRÈS LE BAIN.	2 Heures APRÈS LE BAIN.
25°	35°,4	36°	36°,9
26°	36°	36°,1	36°,9
28°	36°,1	36°,3	36,9
30°	36°,3	36°,7	37°
32	36°,8	37°	37°
34°	37°	37°,1	37°,1
36°	37°,4	37°,3	37°,2
37°	38°	»	»
38°	38°,3	37°,5	37°,2
40	38°,6	»	»

dans lequel avait plongé ce sujet une longue et violente agitation, accompagnée de fièvre et d'alimentation insuffisante. Les bains d'une aussi basse température,donnés dans ces conditions,pourraient n'être pas toujours sans danger, et il y aurait témérité à rechercher par ce moyen un abaissement aussi prolongé de la température, et une diminution de l'agitation.

La fréquence du *pouls*, envisagée d'une manière générale, suit la marche de la température, c'est-à-dire qu'elle augmente quand celle-ci s'élève, et diminue quand la température s'abaisse. Mais les mouvements du cœur varient si brusquement d'un moment à l'autre, ils reviennent si rapidement à leur état normal, dès que les causes capables d'agir sur leur fréquence n'existent plus, que si on les observe après la

sortie du bain, on n'a aucune idée des changements qu'ils ont subis pendant sa durée: ces variations ont ordinairement disparu au moment de l'examen. Pendant la durée du bain, au contraire, les modifications du pouls sont très-manifestes et constantes. Pour les connaître, nous avons formé plusieurs séries de chacune cinq malades; tous les malades de chaque série prenaient en même temps un bain prolongé de deux ou quatre heures, à la même température; et cette température a varié pour les diverses séries de 25° à 37°. Nous avons noté, pour chaque malade, la fréquence du pouls avant et après le bain, ainsi qu'à diverses reprises pendant la durée; puis, nous avons pris la moyenne du chiffre des pulsations pour chaque série. Le tableau suivant donne les résultats que nous avons ainsi obtenus :

DATE 1882	DURÉE du BAIN.	TEMP. du BAIN.	NOMBRE MOYEN DE PULSATIONS								
			AVANT le BAIN.	PENDANT LA DURÉE DU BAIN AU BOUT DE							10' après le bain
				10'	30'	1h	1h30	2h	3h	4h	
1er Mrs	2h	25°	88	74	74	71	67	66			86
28 fév.	2h	26°	85	82	77	77	74	69			80
27	2h	28°	92	79	76	73	73	72			95
28	4h	30°	76	68	66	66	66	64	58	60	80
27	2h	32°	84	81	78	75	75	74			88
1er Mrs	4h	34°	93	87	85	78	82	73	70	70	94
28 fév.	2h	36°	75	75	76	72	68	70			76
1er Mrs	2h	37°	78	78	76	80	80	84			94

On voit, d'après ce tableau, que les bains de 34° et au dessous ont pour effet constant de diminuer de

10 à 22 par minute le nombre des pulsations cardiaques. Ceux de 36° ne l'ont abaissé que de 5 par minute, tandis que ceux de 37° l'ont augmenté de 6. Aussitôt après la sortie de l'eau, le pouls reprend rapidement la fréquence qu'il avait avant le bain, surtout lorsque cette fréquence a été diminuée. Au bout de dix minutes, on ne note que des variations insignifiantes de 1 à 4 pulsations sur le chiffre observé au commencement pour les bains de 36° et au-dessous; tandis qu'après le même temps, à la suite des bains à 37°, la fréquence moyenne du pouls est élevée de 16 pulsations au-dessus du chiffre primitif. Dix minutes après un bain de trois quarts d'heure à 40°, chez le malade de l'observation VIII, le pouls marquait 160 pulsations par minute, au lieu de 70 qu'il présentait à l'état normal. Vingt-cinq minutes après un bain prolongé, quelles qu'en aient été la température et la durée, nous avons presque constamment vu le pouls revenu à sa fréquence normale. Il y a sans doute des variations individuelles; mais, après ving-cinq minutes, la moyenne ne diffère pas de celle qu'on observe dans les conditions ordinaires chez les mêmes individus.

Pendant la durée d'un bain d'une basse température, le pouls devient petit, concentré, imperceptible: on est obligé quelquefois de le compter aux artères carotides, faute de pouvoir saisir les pulsations de la radiale. Pendant les bains de 36° ou 37°, au contraire, il est fort et bien accentué.

Pour l'étude des variations des *mouvements respiratoires*, nous avons procédé de la même manière que pour l'observation des modifications du pouls, et, en suivant la même méthode, nous sommes arrivé aux résultats contenus dans le tableau suivant :

DATE 1882	DURÉE du BAIN.	TEMP. du BAIN	Fréquence moyenne des mouvements respiratoires AVANT le BAIN.	PENDANT LA DURÉE DU BAIN AU BOUT DE 10′	30′	1h	1h30′	2h	3h	4h	10′ après le bain
1er Mrs	2h	25°	22	18	18	19	18	19			21
28 fév.	2h	26°	18	18	18	17	18	18			18
27	2h	28°	23	22	19	19	20	19			20
28	4h	30°	18	17	18	18	18	19	18	16	17
27	2h	32°	20	21	19	19	21	20			21
1er Mrs	4h	34°	18	18	18	17	17	18	17	16	19
28 fév.	2h	36°	22	20	18	17	18	18			23
1er Mrs	2h	37°	20	18	19	18	18	21			24

On voit, d'après ce tableau, que la fréquence des mouvements respiratoires a été fort peu modifiée par les bains, quelle qu'en ait été la température; tout au plus oserait-on dire qu'elle avait une légère tendance à diminuer pendant les bains les plus froids, et à augmenter pendant les bains à 37°, en ne s'écartant cependant que d'une manière insignifiante, des chiffres observés soit avant, soit après le bain. Ce résultat négatif trouve en partie son explication dans l'agitation des malades, qui demeuraient rarement immobiles dans l'eau, mais au contraire parlaient, chantaient, riaient presque continuellement; cette instabilité rendait très difficile l'observation exacte de leurs mouvements respiratoires, et faisait passer inaperçues des variations de fréquence légères, qu'on eût peut-être saisies facilement chez des individus plus tranquilles.

Les observations précédentes peuvent servir à dé-

terminer à quelle température les bains prolongés restent sans influence sur les diverses fonctions de l'économie : la chaleur animale, le pouls, la respiration, et l'agitation chez les aliénés ; à quel degré ils sont, suivant l'expression usitée, *neutres* ou indifférents. Divers auteurs ont abordé cette question, mais ils n'en ont pas tous donné la même solution. Edwards fixe le point d'équilibre à 22°. Fleury regarde comme neutres ou indifférents les bains de 25° à 30°. Il appelle chauds les bains de 30° à 40°, parce qu'ils élèvent la température animale, et accélèrent le pouls. Pour Poitevin et Marquard, la température des bains neutres est 34°, et pour V. Gerdy, 36°. C'est à la manière de voir de ces derniers auteurs que nous conduisent nos observations. Nous voyons en effet, qu'au sortir des bains de 34°, la température axillaire moyenne est de 37°, et qu'elle s'élève légèrement dans les heures suivantes, tandis qu'après les bains de 36°, la température moyenne est de 37°4, et qu'elle s'abaisse un peu dans la suite. Nous avons signalé aussi le surcroît d'excitation qui a succédé à tous les bains de 36°, sans aucune exception, tandis que les bains de 34°, souvent sans influence sur l'agitation, ont eu cependant pour effet ordinaire de la modérer un peu. La fréquence moyenne du pouls a été diminuée de 10 à 22 pulsations par minute au bout de deux heures par les bains de 34° et au-dessous ; ceux de 36° ont produit très lentement et difficilement dans le même temps un léger abaissement moyen de 5 pulsations cardiaques par minute ; tandis que ceux de 37° avaient au bout de deux heures accéléré le pouls de 6 pulsations par minute, en moyenne. Tous ces résultats concordent pour nous faire regarder la température de 36° comme étant celle des bains neutres, celle à laquelle les bains prolongés exercent le moins

d'influence sur les diverses fonctions de l'économie.

Les bains prolongés ne produisent pas toujours les mêmes effets chez tous les individus; les résultats que nous venons d'indiquer sont ceux que l'on observe dans la majorité des cas, ceux que l'on obtient en général chez un malade agité ordinaire; mais des circonstances diverses peuvent modifier ces résultats : il existe d'un malade à l'autre des *différences individuelles* dont on est obligé de tenir compte dans la pratique.

Toutes choses égales d'ailleurs, l'effet d'un bain est d'autant plus manifeste et durable que ce bain est plus prolongé; les résultats obtenus à la suite des bains de deux heures ont presque toujours été faibles et fugaces, surtout chez les malades dont l'agitation était très violente, à moins que ces bains n'aient été donnés à une température tout à fait basse, à 25° ou 23° par exemple. Mais, comme à ce degré les malades sont très désagréablement impressionnés par le froid, et qu'ils supportent plus volontiers un bain plus long, pourvu que la température en soit plus élevée, il vaut mieux, lorsqu'on le peut, et qu'on espère obtenir un résultat suffisant, donner le bain à un degré thermique plus élevé, 28° par exemple, et le faire durer plus longtemps. La basse température d'un bain et sa longue durée en sont les deux facteurs les plus importants, et ces facteurs doivent varier en raison inverse l'un de l'autre ; moins le bain est prolongé, plus sa température pout être basse, et réciproquement. Il est bien entendu que cette proposition ne s'applique qu'aux bains dont la température est inférieure ou égale à 36°, c'est-à-dire à celle des bains neutres ou indifférents. C'est de ceux-là surtout que nous parlons en ce moment. La proposition inverse serait vraie pour les bains au-dessus de 36°.

Toutefois, quoique en général les bains les plus longs ne doivent pas être les plus froids, il est un assez grand nombre de cas dans lesquels il ne faut pas craindre d'associer une basse température à une longue durée ; ces cas sont ceux d'individus maniaques très agités, très violents, lorsqu'ils sont jeunes, vigoureux, bien portants, qu'ils ont beaucoup d'embonpoint, qu'ils s'alimentent bien et qu'ils n'ont pas de fièvre. Chez ceux-là, les bains de deux heures à 25° ou 26°, ou les bains plus longs à 30° ou au-dessus, restent souvent sans effet. Pour obtenir chez eux des résultats sensibles, il faut les mettre pendant quatre ou cinq heures dans l'eau à 25° : souvent même l'effet d'un premier bain dans ces conditions est peu apparent, et il faut le répéter plusieurs jours de suite pour observer une amélioration sérieuse.

Les individus petits, maigres, chétifs, peu musclés, sont bien plus vivement impressionnés par les bains prolongés que ceux qui présentent des conditions opposées. Ils souffrent beaucoup du froid dans les bains d'une basse température, ils y grelottent vite, et sont longs à se réchauffer quand ils en sortent; leur température animale et la fréquence de leur pouls s'y abaissent beaucoup ; leur agitation est diminuée notablement et d'une manière durable ; ils réagissent péniblement et lentement contre l'effet sédatif du bain. Ce sont eux aussi qui supportent le plus difficilement et le moins longtemps les bains d'une haute température, de 37° ou au-dessus : ils y sont vite abattus, somnolents, couverts de sueur, cyanosés ; lorsqu'ils en sortent, ce sont eux qui sont le plus fatigués et qui éprouvent la soif la plus vive. Il faut, avec ces malades, s'éloigner plus lentement et plus prudemment qu'avec les autres de la température des bains neutres.

La même remarque est applicable aux individus qui ne s'alimentent pas suffisamment, quelle que soit d'ailleurs leur constitution ; il faut, avec eux, être sobre des bains à basse température ; ils sont très vivement influencés par ces bains, qui les calment promptement, il est vrai ; mais ils réagissent difficilement, et l'état cachectique, dans lequel les amène peu à peu l'insuffisance de leur nutrition, doit faire redouter le développement, dans les organes internes, de congestions que la faible énergie vitale des malades serait peut-être lente ou impuissante à dissiper. Il vaut mieux, dans ces cas, donner des bains un peu moins froids et un peu plus longs ; on arrive ainsi à obtenir une sédation suffisante, tout en évitant un refoulement trop intense du sang vers l'intérieur.

Les malades qui ont de la *fièvre* supportent plus difficilement une basse température dans les bains prolongés, et en souffrent plus que ceux dont la chaleur animale est au degré normal ; ils se plaignent plus vivement d'avoir froid : ils ont plus tôt des frissons, et ces frissons sont plus violents et plus prolongés. Ainsi, dans nos observations, les malades à température fébrile, prenant des bains en même temps que d'autres aliénés, et à la même température, souffraient du froid et se plaignaient beaucoup plus que leurs voisins : lorsqu'ils prenaient des bains à 32° ou 34°, ils les trouvaient encore très froids, tandis que les autres malades, en général, étaient contents de bains à cette température, et les trouvaient excellents. L'impression désagréable que l'on éprouve en entrant dans un bain ne dépend pas seulement de la température propre de l'eau et de la quantité de chaleur enlevée à l'économie, mais encore et surtout de la différence qui existe entre la température du corps et celle du bain au moment de l'immersion.

C'est ce qui explique l'impression pénible que ressentent les fébricitants dans des bains qui, pour d'autres malades sans fièvre, n'ont rien de désagréable. Pour ce motif, et aussi parce que la fièvre est une cause d'affaiblissement, il convient de donner les bains à une température plus élevée aux malades agités qui présentent cette complication. Mais, à part cette remarque, l'existence de la fièvre ne doit pas faire cesser totalement l'emploi des bains prolongés chez les aliénés agités : leur état d'excitation et leur température fébrile sont au contraire le plus souvent très favorablement modifiés par ces bains. Souvent la fièvre par elle seule engendre l'agitation ; si on néglige, comme cela arrive quelquefois, l'emploi du thermomètre, on méconnaît la fièvre, on ne voit que l'agitation, et on prescrit un bain pour calmer celle-ci : le résultat est ordinairement excellent. Parfois même, le bain peut déterminer une chute définitive de la fièvre, et mettre fin à l'agitation qui l'accompagne, et en est la conséquence. C'est ainsi que dans l'observation I, une poussée fébrile très vive, manifestée le 16 septembre au matin par une température de 39°2, a été définitivement arrêtée par un bain de deux heures à 27° donné dans la journée. De même encore dans l'observation III, un léger état fébrile, avec température oscillant uniformément entre 37°6 et 37°8, et durant depuis trois jours, pendant lesquels la malade n'avait pas pris de bain, a disparu sans retour le 24 septembre, à la suite d'un bain de trois heures à 26°.

Nous avons eu souvent l'occasion d'observer les effets des bains prolongés à différentes températures dans les périodes d'agitation, si fréquentes au début et dans le cours de la *paralysie générale*. L'action des bains, dans ces cas, est moins constante et surtout

moins durable que chez les maniaques, principalement lorsque la paralysie présente une marche rapide et s'accompagne d'un délire intense avec tendance aux actes de violence. Leurs bons résultats sont plus fréquents et plus évidents dans les accès passagers de délire et de manie, qui se déclarent si souvent dans la forme ordinaire de la paralysie générale : les bains diminuent l'intensité et abrègent la durée de ces accès. Mais il faut avoir soin, dans ces cas plus que dans tout autre, de maintenir constamment des compresses ou des irrigations froides sur la tête des malades pendant toute la durée du bain, afin d'éviter l'afflux du sang vers l'extrémité céphalique chez des individus que la nature de leur affection expose si souvent aux attaques de congestion cérébrale.

Nous est-il permis maintenant de nous demander quel est le mode d'action des bains prolongés, par quel mécanisme ils calment l'agitation lorsqu'ils sont administrés dans les conditions convenables ? Faute d'une autre solution à cette *question théorique*, nous nous hasardons à proposer la suivante :

Deux éléments essentiels de l'organisme sont surtout modifiés par l'influence des bains prolongés : la circulation et la température. Au premier abord, on est porté à attribuer au changement survenu dans la circulation la diminution d'agitation observée chez le malade : le sang, chassé par le froid et la contraction des capillaires loin de l'enveloppe cutanée, se reporte en plus grande quantité vers les organes internes et vers les centres nerveux, arrose ceux-ci plus abondamment et en modère la suractivité, suivant le vieil adage : *Sanguis nervorum moderator*. Mais, s'il en est ainsi, comment concilier la rapidité des modifications survenues dans la circulation avec la lenteur que met à se produire la diminution de l'agi-

tation ; comment expliquer la persistance du calme et le sommeil pendant de longues heures après le bain, alors qu'au bout de dix minutes, ou un quart d'heure, la circulation s'est rétablie dans son état primitif ?

Il paraît plus probable que le calme consécutif aux bains prolongés résulte de la soustraction d'une certaine quantité de chaleur à l'économie. L'eau est en effet de tous les liquides et de tous les solides le corps qui présente la plus forte chaleur spécifique. Les mouvements incessants et étendus du malade dans sa baignoire lorsqu'il s'agite, ceux plus restreints de la respiration, quand il se tient tranquille, remuent et mélangent l'eau sans cesse, amènent de nouvelles couches froides remplacer celles qui viennent de s'échauffer au contact du corps, et malgré la faible conductibilité du liquide, la chaleur soustraite à l'économie se répand promptement dans toute la masse; une grande quantité de calorique est ainsi enlevée à l'organisme. La contraction des capillaires cutanés, et la lenteur de la circulation qui en résulte, ont bien pour effet de diminuer cette déperdition de chaleur, en soustrayant autant que possible le sang au voisinage de l'eau : la peau, dont les capillaires resserrés ne se laissent que difficilement traverser, constitue entre le liquide froid du dehors et le sang, liquide chaud du dedans, une barrière imperméable et mauvaise conductrice de la chaleur, qui ralentit le refroidissement : néanmoins, si la température est égale ou inférieure à 34°, le bain prolongé enlève de la chaleur à l'économie, comme le démontre l'abaissement de la température animale.

Mais l'homme, de même que tous les animaux à sang chaud, tend toujours à se maintenir au même degré de chaleur, qui est environ 37° centigrades, et à y revenir dès qu'une cause quelconque l'en a dé-

tourné. Le refroidissement occasionné par le bain exige la production d'une nouvelle quantité de chaleur, une activité plus grande des combustions, d'où résulte un épuisement plus prompt du combustible. L'organisme est alors obligé, pour se maintenir au degré voulu, d'élever sa température tout en ménageant le combustible. Or, l'une des sources les plus actives de chaleur pour le corps, c'est la contraction musculaire ; et une des principales causes de déperdition de cette chaleur, c'est le mouvement, le travail mécanique ; la chaleur et le travail sont en effet deux formes d'une seule et même chose qui se substituent l'une à l'autre d'après la loi de l'équivalence et de la constance des forces. La chaleur produite, qui n'est pas dépensée en travail, s'accumule dans le corps pour en élever la température. D'un autre côté, Hirn a démontré que l'organisme humain dépense 271 calories par heure pendant le mouvement, 112 pendant le repos, et Helmholtz a trouvé que pendant le sommeil le chiffre des calories dépensées tombe à 36.

Or la contraction musculaire énergique et persistante qui accompagne et produit le grelottement du frisson est une source énorme de chaleur : cette chaleur est presque tout entière employée à élever la température du corps, puisqu'elle n'engendre pas de travail mécanique, si ce n'est ce léger mouvement qui constitue le tremblement. De plus, après un bain prolongé, la nécessité de ne pas dépenser de chaleur dans un autre but que celui d'élever la température animale fait suspendre momentanément tout travail mécanique, tout mouvement, toute agitation ; et un degré de refroidissement du corps plus marqué engendre le sommeil, que nous avons vu survenir si fréquemment.

En un mot, les bains prolongés de 34° et au-dessous, en diminuant la chaleur chez les aliénés excités, diminuent par le fait même chez eux l'agitation et le mouvement, qui ne sont que des formes de la chaleur, et leur procurent ainsi le bienfait précieux du repos et souvent du sommeil.

Conclusions. — Les bains prolongés de 25° à 34° centigrades sont un des moyens les plus utiles et les plus efficaces pour combattre l'agitation chez les aliénés ; ils ont pour effet constant de modérer cette agitation, d'abaisser la température animale et de diminuer la fréquence du pouls. Ces résultats sont d'autant plus manifestes et persistants que les bains sont donnés à une température plus basse et durent plus longtemps. Plus l'agitation est violente, plus le bain doit être froid et prolongé. La faiblesse de constitution et la maigreur du malade, une nutrition insuffisante, l'existence de la fièvre doivent faire élever la température et diminuer la durée du bain ; des conditions inverses autorisent l'emploi de bains plus longs à des températures plus basses.

Les bains prolongés de deux à cinq heures doivent le plus souvent dans la pratique être administrés aux aliénés agités à la température de 25° à 28° centigrades. Si le bain peut être prolongé plus longtemps, une température de 28° à 30° donnera de bons résultats, surtout si l'agitation n'est pas excessive. Les bains de 32° à 34° doivent être réservés pour les cas où il s'agit de combattre une excitation modérée chez un sujet maigre, chétif, ou affaibli par la fièvre ou une alimentation insuffisante.

On devra dans tous les cas, pour éviter la congestion encéphalique, maintenir sur la tête pendant toute la durée du bain des compresses d'eau froide fréquemment renouvelées, ou mieux encore arroser

la tête, au moyen d'un courant continu d'eau froide tombant d'une faible hauteur.

Les bains neutres sont ceux de 36° environ; ils augmentent ordinairement l'agitation des aliénés, mais modifient peu la température et le pouls.

Les bains de 37° et au-dessus, élèvent la température animale, accélèrent le pouls et la respiration; lorsqu'ils sont prolongés ils débilitent l'organisme et sont suivis de fatigue et de prostration; leur emploi est rarement indiqué.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES PARALYSIES DU MEMBRE INFÉRIEUR

D'ORIGINE CORTICALE

Par MM. HALLOPEAU

Agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Et C. GIRAUDEAU

Interne des hôpitaux.

L'étude expérimentale des lésions de l'écorce cérébrale a conduit Hitzig, Ferrier, etc., à diviser la surface des hémisphères en un certain nombre de territoires distincts auxquels seraient dévolues des fonctions spéciales. Parmi ceux-ci il en est déjà un certain nombre qui ont reçu bien des fois le contrôle de l'anatomie pathologique, tels sont le centre des mouvements de la face, localisé au niveau de la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, et celui des mouvements du membre supérieur, ayant son siége au niveau du tiers moyen des mêmes circonvolutions.

Le centre moteur du membre inférieur, localisé par Ferrier à la partie supérieure de la pariétale ascendante et à la portion contiguë de la frontale ascendante, a réuni jusqu'ici en sa faveur un nombre beaucoup moins considérable de faits cliniques.

L'observation que nous rapportons ici, et que nous rapprocherons plus loin des cas de paralysie du membre inférieur que nous avons pu rassembler, vient à l'appui de cette opinion.

Tumeur de la partie supérieure de la pariétale ascendante et du lobule paracentral du côté droit. — Mouvements convulsifs tantôt limités au membre inférieur gauche, tantôt étendus à toute la moitié gauche du corps. — Monoplégie du membre inférieur gauche (1).

Lemaître Henri, âgé de 46 ans, serrurier, entre le 10 octobre 1882 dans le service de M. le docteur Hallopeau, à l'hôpital St-Antoine, salle Broussais, lit 19.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Étant enfant il a eu des ulcérations de la cornée et des adénites cervicales suppurées dont il porte encore les traces sous forme de cicatrices gaufrées.

A 25 ans il a eu une blennhorragie, mais jamais de chancre.

Il y a deux mois, étant en parfaite santé, il a été pris de fourmillements, de crampes, puis de secousses dans la jambe gauche; quelques minutes après les mêmes phénomènes se propagèrent au membre supérieur et bientôt le malade perdit connaissance. Revenu à lui au bout de dix minutes, il s'aperçut que sa jambe gauche était engourdie. Il était étourdi, mais se souvenait parfaitement de ce qu'il s'était passé jusqu'au moment où il était tombé sans connaissance. Les personnes de son entourage lui dirent qu'il n'avait eu pendant ce laps de temps ni convulsions, ni écume à la bouche. Les accidents se reproduisirent au bout de deux heures et présentèrent les mêmes caractères que ceux dont nous venons de donner la description.

Quatre heures après ce second accès épileptiforme en survint un troisième, pendant lequel les convulsions limitées au membre inférieur gauche persistèrent pendant deux heures; la perte de connaissance arriva au bout de ce temps et comme à la suite des accès précédents dura environ dix minutes. Le reste de la journée se passa sans nouvelle crise épileptoïde franche, cependant de temps à autre le membre inférieur gauche était le siège de se-

(1) La première partie de l'observation a été rédigée d'après les notes recueillies par M. Tuffier interne du service.

cousses peu fortes, en outre il était engourdi et le malade le remuait avec peine.

Il garda le lit pendant deux jours; au bout de ce temps la jambe était faible et était de temps en temps le siège d'élancements; cependant le malade pouvait marcher avec une canne. Les membres supérieurs étaient libres et le malade put reprendre en partie ses occupations pendant trois semaines.

Au bout de ce temps, nouvelle crise convulsive limitée à la jambe gauche pendant quelques minutes puis perte de connaissance en tout semblable aux trois premières.

Depuis cette époque le malade n'a plus eu de véritable attaque convulsive, mais il se plaint de picotements, d'élancements très fréquents dans le membre malade, qui devient en outre de plus en plus faible, si bien que le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée il accuse une faiblesse très marquée du membre inférieur gauche, il peut difficilement se tenir debout sans appui et lorsqu'il marche il traine la jambe. Le reflèxe rotulien est un peu exagéré de ce côté. La sensibilité est intacte; cependant le malade se plaint de fourmillements et même d'une douleur continue au niveau du talon. Il n'existe pas d'atrophie du membre.

Le membre supérieur gauche ne présente rien de particulier, la sensibilité et la motilité y sont intactes, il en est de même à la face des deux côtés.

Enfin le malade n'accuse ni douleurs lombaires, ni céphalalgie, ni étourdissement, ni trouble de la vue.

En somme le seul symptôme présenté à ce moment par le malade consistait en une monoplégie inférieure gauche incomplète.

Le traitement prescrit consiste en bromure et iodure de potassium à la dose de 2 grammes chaque.

Rien de nouveau ne survint dans son état jusqu'au 24 octobre. Ce jour là à cinq heures du matin il ressentit dans le gros orteil du côté gauche une douleur vive qui remonta bientôt à la jambe et à travers la cuisse jusqu'à la hanche correspondante. Presque aussitôt apparurent des mouvements cloniques de tout le membre consistant dans la flexion et l'extension successive du pied sur la jambe et de celle-ci sur la cuisse et se répétant environ quarante fois par minute.

La percussion du tendon rotulien exagèrait ces convulsions; cet accès dura cinq heures consécutives. Pendant toute sa durée, le malade accusait une douleur intense dans le membre; il était couvert de sueurs et sa face était congestionnée. Le membre inférieur droit, ainsi que les membres supérieurs n'étaient le siège d'aucune secousse ni d'aucune sensation douloureuse.

A la suite de cet accès, la jambe gauche resta très faible pendant plusieurs jours à tel point que le malade ne pouvait se tenir debout.

Le 23 novembre les accidents se reproduisirent mais avec moins d'intensité, le couturier et le droit externe semblaient être les muscles agités de secousses. Au bout d'une demi-heure ces convulsions cessèrent.

Le 8 décembre le malade sur sa demande quitte l'hôpital. La parésie à cette époque était assez prononcée, cependant le malade pouvait encore marcher sans le secours d'une canne; en outre le membre gauche commençait à s'atrophier.

Le 13 janvier 1883, il rentre dans le service pour des accidents analogues à ceux qui l'y ont amené la première fois.

Il raconte que huit jours auparavant, il a été pris chez lui d'un accès convulsif qui aurait débuté par le membre inférieur, et se serait peu à peu propagé au membre supérieur. Au bout de quelques minutes il aurait perdu connaissance et serait resté dans le coma pendant une demi-heure.

Actuellement le malade accuse une céphalalgie continue ayant son siège au niveau du pariétal droit et qui serait apparue pour la première fois il y a une quinzaine de jours.

Le membre inférieur gauche présente une atrophie assez accusée.

La circonférence de la jambe du côté sain est de 27 centimètres. Celle de la jambe du côté malade est de 25 centimètres.

La circonférence de la cuisse du côté sain est de 41 centimètres. Celle de la cuisse du côté malade est de 37 centimètres.

Le reflexe rotulien est exagéré à gauche, diminué à droite. Le chatouillement de la plante du pied provoque des mouvements réflexes beaucoup plus forts dans le membre gauche que dans le droit.

Le membre supérieur gauche est depuis quelques jours le siège de fourmillements, d'élancements et le malade y accuse une sensation de pesanteur, l'exploration de la contractilité musculaire à l'aide du dynamomètre ne donne pas de différence sensible entre la façon dont le malade serre à droite et à gauche.

Le 17 janvier petit accès convulsif de dix minutes de durée ayant débuté par le pied et s'étant bientôt propagé à toute l'étendue du membre inférieur ainsi qu'au membre supérieur. Pas de perte de connaissance.

21 — Céphalalgie occipitale. — Douleurs vives dans la cuisse et la plante du pied gauche.

22. — Céphalalgie persiste. Cauchemars.

24. — Vomissements peu nombreux sans efforts.

1er février. — Au moment de la visite violent accès épileptique ayant débuté par le membre inférieur et s'étant rapidement généralisé à tout le côté gauche aussi bien aux muscles de la face qu'à ceux des membres; à la suite perte de connaissance de cinq minutes.

Toute la journée le malade ne put soulever ni le bras ni la jambe du côté gauche.

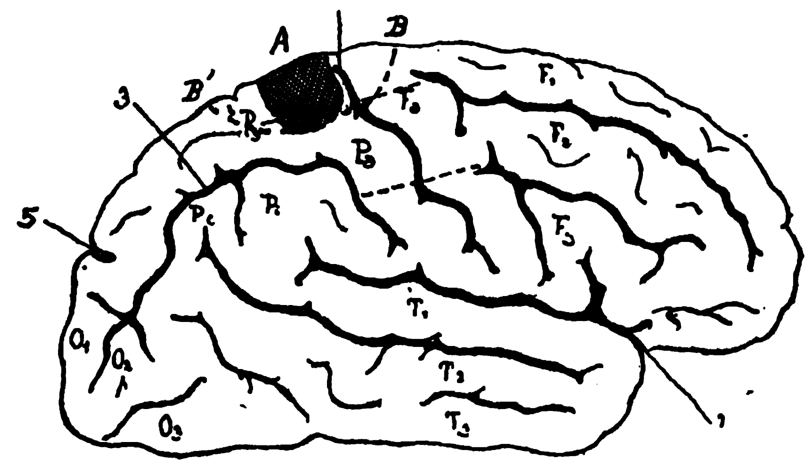
2. — La motilité est revenue en partie dans les membres du côté gauche, cependant la station debout est impossible.

3. — Le malade peut se soutenir sur les jambes. A vomi en se mettant sur son séant.

4. — A eu du délire la nuit précédente. Céphalalgie frontale intense.

6. — Nuit agitée, s'est promené une partie de la nuit. A dix heures et demie du matin, accès convulsif semblable aux précédents et bientôt suivi de perte de connaissance, à onze heures et demie le malade est dans le coma. La comissure labiale du côté gauche est abaissée, la motilité est abolie complètement à gauche, le bras droit exécute quelques mouvements automatiques. Il reste dans cet état jusqu'à trois heures de l'après midi, quelques convulsions localisées au côté gauche du corps apparaissent alors et la mort survient à cinq heures du soir.

Autopsie. Les os du crâne et la dure-mère sont sains. La piemère adhère à la partie moyenne de l'hémisphère droit, elle est rouge et légèrement opalicente par place.



La zône teintée A représente le siège de la tumeur. L'espace circonscrit par la ligne BB' représente le territoire des mouvements du membre inférieur d'après les observations que nous avons relevées.

Face externe. Hémisphère droit.

1, scissure de Sylvius ; 2, sillon de Rolando ; 3, scissure interpariétale ; 4, scissure parallèle ; 5, scissure perpendiculaire externe.

F_1, première circonvolution frontale ; F_2, deuxième circonvolution frontale ; F_3, troisième circonvolntion frontale ; F_a, circonvolution frontale ascendante ; P_a, circonvolution pariétale ascendante ; P_s, lobule pariétal supérieur ; P_i, lobule pariétal inférieur ; P_c, lobule du pli courbe ; T_1, première circonvolution temporale ; T_2, deuxième circonvolution temporale ; T_3, troisième circonvolution temporale ; O_1, première circonvolution occipitale ; O_2, deuxième circonvolution occipitale ; O_3, Troisième circonvolution occipitale.

L'encéphale présente sur l'hémisphère droit au niveau du *tiers supérieur de la pariétale ascendante* une tumeur rosée, faisant légèrement saillie à la surface de la substance cérébrale et ayant détruit le tissu nerveux.

Cette tumeur se prolonge sur la moitié supérieure du lobule paracentral ; son volume total égale celui d'une noisette.

Sur une coupe verticale passant par la pariétale ascendante du côté gauche, on constate que toute la partie supérieure de cette circonvolution ainsi qu'une portion du lobule paracentral sont détruites et occupées par une tumeur rosée, molle, contenant dans son intérieur de nombreux vaisseaux dilatés. La substance blanche sous-jacente est ramollie sur une surface de quelques millimètres.

Sur une coupe verticale, passant par la frontale ascendante, on trouve en outre dans l'épaisseur de la substance blanche une masse gélatineuse incolore, de la grosseur d'un pois.

L'hémisphère gauche est sain.

Les pédoncules ainsi que la protubérance et le bulbe ne présentent à l'œil nu rien de particulier ; il en est de même de la moelle ; celle-ci examinée au microscope, ne paraît pas atteinte de sclérose descendante.

Les autres organes sont sains.

L'examen histologique de la tumeur, pratiqué par dissociation, montre qu'elle était constituée par des cellules embryonnaires à noyau volumineux, les unes arrondies, les autres fusiformes ; un bon nombre contenaient deux noyaux.

Sur des coupes à un fort grossissement, on constatait que ces cellules constituaient tout le néoplasme, les vaisseaux y étaient nombreux, quelques uns volumineux, sans paroi distincte, étaient entourées de cellules embryonnaires disposées en rayons de roue et rappelant grossièrement par leur disposition la topographie du lobule hépatique.

En résumé le malade dont nous venons de rapporter l'histoire, sans avoir jamais présenté aucun accident du côté du cerveau et de la moelle, fut pris brusquement de convulsions ayant débuté par le membre inférieur gauche, et s'étant propagées au bout de quelques instants au membre supérieur du même côté ; peu après il perdit connaissance.

Dans la suite, ces accès convulsifs se reproduisirent, mais restèrent limités pendant quatre mois au membre inférieur gauche. Après chacun d'eux, le membre était plus faible que celui du côté droit.

Cette parésie, d'abord passagère, ne tarda pas à devenir définitive et alla en augmentant jusqu'au jour de la mort.

Dans les derniers jours, les accidents convulsifs reparurent à la fois dans le membre inférieur et dans le membre supérieur et c'est à la suite d'un de ces accès que le malade tomba dans le coma et mourut.

A l'autopsie on trouva dans l'hémisphère droit un gliôme ayant détruit la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante ainsi que le lobule paracentral.

Nous n'ajouterons qu'un mot pour signaler la difficulté que peuvent présenter parfois, au point de vue du diagnostic, les convulsions épileptoïdes limitées à un membre, en l'absence de tout autre symptôme médullaire ou encéphalique.

S'agit-il dans ce cas d'une lésion cérébrale ou spinale ? Les deux groupes d'affections peuvent en effet leur donner naissance et si les lésions médullaires engendrent souvent des convulsions étendues aux deux membres inférieurs et les lésions cérébrales des accidents d'hémiplégie épileptique, il n'en est pas moins vrai que les convulsions limitées à un seul membre peuvent se montrer aussi bien dans les maladies de la moelle que dans celles du cerveau et que, par conséquent, le diagnostic peut rester en suspens jusqu'à l'apparition d'accidents significatifs.

Chez notre malade, bien que pendant longtemps les accidents convulsifs soient restés limités au membre inférieur, l'apparition d'accès d'épilepsie hémiplégique au début de la maladie avait fait pencher le diagnostic du côté d'une lésion encéphalique et l'évolution ultérieure de la maladie ne fit que confirmer cette opinion.

Les cas de monoplégie inférieure, accompagnés ou non de convulsions épileptiformes, que nous avons pu rassembler sont les suivants :

deux cas rapportés par MM. Charcot et Pitres dans un mémoire de la *Revue mensuelle* (1877); dans l'un dû à Broca, il s'agit de convulsions épileptiformes du membre inférieur droit, consécutives à une fracture du crâne siégeant au niveau de la région fronto-pariétale gauche et ayant disparu au bout de quelques jours; dans l'autre (Griesinger), la paralysie était due à des kystes hydatiques multiples de l'encéphale, dont l'un d'entre eux intéressait la pariétale ascendante à sa partie supérieure ;

la thèse de Cl. de Boyer, si riche en faits cliniques mentionne deux cas de fracture de la partie supérieure des pariétaux avec paralysie du membre inférieur du côté opposé (Lœffler); dans les deux cas les malades guérirent ;

deux observations de M. Landouzy, l'une d'atrophie de la pariétale ascendante chez un sujet atteint de malformation du membre inférieur, l'autre de paralysie de la jambe gauche consécutive à une destruction de la partie supérieure de l'hémisphère droit.

trois cas dus à M. Luys et ayant trait à des atrophies du point de jonction de la frontale ascendante et de la deuxième frontale externe, consécutives à l'amputation d'un membre inférieur ;

un cas de paralysie de la jambe gauche, ayant pour point de départ une lésion du lobule pariétal supérieur (M. Rendu) ;

enfin, une observation de M. Derignac, recueillie sur un sujet atteint de paralysie complète de la jambe droite et ayant présenté à l'autopsie un foyer de ramollissement intéressant la partie supérieure de

la pariétale ascendante et une partie du lobule pariétal supérieur.

En 1881, MM. Barié et du Castel ont publié dans le Bulletin de la Société anatomique un cas de paralysie du membre inférieur gauche, déterminé par une plaque de méningite tuberculeuse comprenant la partie supérieure de la frontale et de la pariétale ascendante ainsi que le lobule paracentral.

En 1878 M. Gougnenheim présenta à la Société Médicale des Hôpitaux un cas de monoplégie inférieure gauche consécutive à une lésion de l'hémisphère cérébral droit intéressant le lobule paracentral, et la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendante.

En 1882, MM. Jean et Ballet ont présenté à la même Société deux cas analogues ; dans l'un, le lobule paracentral seul était intéressé ; dans l'autre, la partie supérieure de la pariétale ascendante ainsi que le lobule paracentral étaient lésés.

M. Charcot à ce propos rapporta une observation qui lui était personnelle, de monoplégie inférieure chez une femme atteinte de lésions de la partie supérieure de la pariétale ascendante.

Il y a quelques mois enfin MM. Raymond et Derignac ont publié dans la *Gazette médicale* (30 déc. 82) un cas analogue dû à une tumeur du lobule paracentral droit.

Si à ces cas nous joignons celui que nous publions ici, nous arrivons à un total de 18 observations de paralysies du membre inférieur pouvant se répartir de la façon suivante :

dans trois cas de fractures du crâne, l'autopsie ne peut être faite et bien que la violence extérieure ait porté sur la partie supérieure des pariétaux, c'est-à-dire au voisinage de la pariétale ascendante, nous

n'en tiendrons pas compte. Il en sera de même du cas de Griesinger qui, étant donné l'étendue de la lésion, ne peut être invoqué ni ponr ni contre la théorie des localisations.

Les quatorze cas qu'il nous reste à examiner peuvent se répartir de la façon suivante :

Lésions du tiers supérieur de la pariétale ascendante seule.	2 cas.
Lésion de la pariétale ascendante et du lobute paracentral.	2 —
Lésion de la pariétale ascendante, de la frontale ascendante et du lobule paracentral	3 —
Lésion de la pariétale ascendante et du lobule pariétal supérieur	1 —
Lésion du lobule pariétal supèrieur seul.	1 —
Lésion du lobe paracentral seul.	2 —
Lésion de la frontale ascendante seule	3 —
Total	14 cas

On voit donc que, si l'on s'en rapporte à ces chiffres, la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante, *soit seule*, *soit en même temps* qu'une circonvolution voisine, a été intéressée *huit fois;*

le lobule paracentral *sept fois;*

le tiers supérieur de la frontale ascendante *six fois*;

et le lobule pariétal supérieur *deux fois*.

De ces faits nous croyons pouvoir conclure :

1° Qu'il existe chez l'homme un *territoire* distinct de l'écorce cérébrale qui tient sous sa dépendance les mouvements des membres inferieurs.

2° Que ce *territotre* a pour *centre le tiers supérieur de la pariétale ascendante ainsi que le lobule paracentral, et qu'il empiète en avant sur la partie supérieure de la frontale ascendante, en arrière sur le lobule pariétal supérieur.*

ARCHIVES CLINIQUES

HÉMIPLÉGIE DROITE ET APHASIE INCOMPLÈTE

CONSÉCUTIVES A UNE ATTAQUE D'APOPLEXIE CÉRÉBRALE

HÉMATOME DE LA DURE-MÈRE ET APHASIE DEVENUE COMPLÈTE

A LA SUITE DU RAMOLLISSEMENT DU NOYAU EXTRA-VENTRICULAIRE DU CORPS STRIÉ. — MORT.

Par M. le Dr RAYNAUD

Médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord).

Avec une planche lithographiée.

La femme Euphrasie L..., est entrée à l'asile de Bailleul le 9 février 1881.

Cette malade présente, lors de son admission, une hémiplégie droite complète avec aphasie partielle et débilité mentale, dues à une attaque d'apoplexie antérieure.

Les renseignements incomplets qui nous parviennent sur elle ne nous apprennent que fort peu de choses sur les commémoratifs et sur l'hérédité, mais nous donnent la preuve qu'elle jouissait avant son attaque de toutes ses facultés et parlait comme tout le monde.

Lorsqu'on lui adresse la parole elle répond le plus souvent par signes, et quelquefois par des sons inarticulés, entremêlés de certains mots qu'elle prononce d'une façon distincte.

Elle a de temps en temps de courtes périodes d'excitation fort légère pendant lesquelles elle semble se disputer avec un être imaginaire, et profère alors des sons vagues et incompréhensibles parmi lesquels on distingue des mots nettement articulés, tels que *non*, *coquin*, qui reviennent à plusieurs reprises.

Elle mange et se lève chaque jour mais reste constamment oisive et assise, par suite de l'impossibilité ou elle est de mouvoir sa jambe et son bras droits.

Elle se maintient dans cet état sans changement apparent, jusqu'à la fin d'octobre.

Vers le 28 de ce mois, elle a une deuxième attaque d'apoplexie, et se trouve par suite dans l'impossibilité complète de quitter le lit ; elle tombe dans la prostration et reste plongée pendant de longues heures dans un sommeil comateux dont elle ne sort que lorsqu'on l'éveille pour lui faire prendre quelque nourriture.

Le pouls est lent irrégulier et la pupille gauche contractée.

Lorsque la malade s'éveille elle peut encore proférer des sons, et articuler les quelques mots qui lui sont habituels; mais vers le 12 novembre elle ne peut plus que répondre par signes aux questions qu'on lui adresse, la parole est complètement abolie.

Enfin le 20 novembre elle prend une troisième attaque accompagnée de convulsions cloniques des membres et des muscles de la face, qui durent environ deux heures, auxquelles succède un coma profond et la mort survient le 22.

Autopsie (pratiquée 24 heures après la mort). On constate sur l'hémisphère gauche :

1° Un décollement de la dure-mère au niveau des régions temporo-sphénoïdale et pariétale.

2° Un hématome de la dure-mère, de douze centimètres de diamètre environ, comprimant la région frontale postérieure, la région pariétale et le lobe sphénoïdal.

Ce kyste hématique est formé de deux couches, l'une plus externe constituée par un caillot sanguin ; l'autre plus interne composée de sang liquide.

3° Un épaississement des méninges dans ces mêmes points, avec formation de nouvelles membranes très vasculaires, et adhérentes au kyste hématique. Cet épaississement est surtout considérable dans l'intérieur de la scissure de Sylvius dont il comprime la lèvre supérieure ainsi que le lobule de l'insula.

Les méninges se détachent facilement de l'hémisphère gauche, sauf au niveau de la troisième frontale, de la partie inférieure du sillon de Rolando et du lobule de l'insula où elles adhèrent à la substance corticale.

L'hémisphère gauche est environ d'un quart moins volumineux que le droit, son poids n'a pu être établi faute de balances. (L'amphithéâtre de l'asile de Bailleul n'en possédant pas.)

Les lobes frontaux et occipitaux sont dejetés en dehors; la région pariéto-temporale au niveau de l'hématome est fortement déprimée et les circonvolutions sont aplaties et amincies.

Le jambage postérieur de la 3e frontale, le pli de passage situé au-dessous du sillon de Rolando ainsi que les plis de l'insula présentent une teinte ocreuse foncée (fig. 1), sont légèrement indurés et cependant très friables ; ils sont entraînés en partie par la néo-membrane à laquelle ils adhèrent, laissant à nu la capsule externe qui présente une teinte rosée.

En pratiquant la série de coupes transversales de Pitres, on voit que ce ramollissement intéresse la couche corticale, la substance blanche sous-jacente et l'avant-mur (fig. 2) ; plus profondément, la capsule externe, en apparence intacte, présente une teinte rose, ainsi que nous l'avons déjà dit, et le noyau lenticulaire fortement rougeâtre est le siège d'un ramollissement qui semble être

Fig. 1.



Fig. 2.



Imp. Becquet fr. Paris.

Librairie J. B. Baillière et fils

tout récent et qui reconnaît probablement pour cause l'oblitération des artères de cette région.

La capsule interne, la couche optique et le noyau caudé ne paraissent pas être intéressés.

L'hémisphère droit est en bon état et ne présente rien d'anormal.

Cherchons maintenant à nous rendre compte du processus morbide d'après les lésions anatomiques et les symptômes précédemment décrits.

Nous trouvons tout d'abord la surface jaune ocreuse, intéressant ainsi que nous l'avons dit déjà la partie la plus reculée de la 3e frontale, le pli de passage inférieur au sillon de Rolando et l'insula, qui n'est autre qu'un ancien foyer hémorragique superficiel ayant causé l'hémiplégie droite et l'aphasie incomplète.

La pression exercée par ce foyer, et surtout le travail régressif dont il a été le siège ultérieurement ont déterminé l'inflammation circonscrite des méninges et de la dure-mère, et facilité la néoplasie de ces membranes.

Dans l'épaisseur de cette néo-membrane s'est faite le 28 octobre la première hémorragie méningée, constituant la couche externe de l'hématome qui a eu le temps de se concreter avant la mort, et qui explique à son tour la deuxième attaque d'apoplexie avec coma consécutif, par suite de compression cérébrale.

Enfin cette compression a déterminé les jours suivants dans les parties les plus proches une anémie suffisante pour amener leur nécrobiose : le travail régressif du foyer hémorragique cortical commencé depuis plusieurs mois s'est transformé tout à coup en un processus de ramollissement qui, par suite de l'oblitération des artérioles, s'est rapidement étendu au noyau lenticulaire du corps strié à travers la capsule externe elle-même intéressée.

Le travail morbide du noyau lenticulaire paraît donc être beaucoup plus récent que le premier processus intéressant la 3e frontale et l'insula et doit certainement dater des derniers jours de la maladie.

La coïncidence avec la perte complète de la parole survenue vers le 12 novembre, semblerait justifier l'opinion émise par M. Luys, qui pense que la lésion du noyau extra-ventriculaire gauche entre pour une bonne part dans le phénomène de l'aphasie, en même temps que les lésions de la 3e frontale et de l'insula.

La mort est due à l'aggravation des phénomènes diffus et circonscrits de l'hématome, et à la compression cérébrale plus grande causée par la deuxième hémorragie méningée qui a formé la couche interne liquide de l'hématome, et s'est manifestée extérieurement par la 3e attaque du 20 novembre avec convulsions des membres et de la face.

MORPHINOMANIE

RÉTRÉCISSEMENT SPASMODIQUE DU CANAL DE L'URÈTHRE

Par le Dr A RIZAT

M. X. homme de lettres a toujours eu un tempéramment nerveux, mais n'a cependant jamais présenté, ni dans son enfance, ni dans son adolescence, de troubles nèvrotiques bien accusés.

Vers l'âge de 21 ans, il éprouva de la difficulté pour uriner. A cette époque (1871), un chirurgien militaire pratiqua le cathétérisme et constata que le canal était parfaitement libre. Les troubles urinaires, tenaient donc à un spasme de l'urèthre.

— Vers 1875, M. X. commença à ressentir de violentes douleurs névralgiques dans les membres, principalement dans les membres inférieurs. Le médecin de la ville de province où il résidait alors, lui pratiqua quelques injections sous-cutanées de morphine. M. X. vint ensuite habiter Paris.

Au mois d'avril 1878, il me consulta pour de nouveaux troubles urinaires. La miction était très lente mais pas douloureuse. M. X. se plaignait en outre d'une constipation habituelle.

Je pratiquai le cathétérisme avec une bougie en gomme no 9. Je constatai un léger obstacle au niveau de la portion bulbo-membraneuse, mais j'arrivai néanmoins jusque dans la vessie.

Le malade fut pris d'un tremblement nerveux, qui dura seulement deux ou trois minutes. Je prescrivis, pour éviter la constipation, cause de congestion des parties profondes du canal de l'urèthre et du col de la vessie, un lavement tiède à prendre tous les soirs. Les jours suivants je pus encore pratiquer le cathétérisme sans trop de difficulté.

Ce qui m'avait le plus frappé chez mon malade, quand je le vis pour la première fois, c'était son facies qui rappelait beaucoup celui des vieux urinaires. La peau très ridée, avait une coloration jaunâtre et présentait par places des tâches d'un brun sale ; la maigreur était extrême et les yeux, comme fatigués de la lumière du jour, étaient demi-clos.

J'interrogeai à plusieurs reprises M. X. sur ses antécédents et en particulier sur son affection uréthro-vésicale. Après m'avoir demandé la discrétion la plus absolue, mon malade finit par m'avouer, qu'il était atteint d'une infirmité qui « lui causait encore plus de souffrances morales que de douleurs physiques. » Depuis deux ans, M. X. s'adonnait à l'abus de la morphine, qu'il s'administrait sous forme d'injections sous-cutanées. C'est à ce point que la peau de ses jambes et de ses cuisses était couturée de cicatrices d'un jaune-brun, assez semblables à des macules syphilitiques.

Trois ans auparavant, c'est-à-dire à l'époque où M. X. avait commencé à ressentir ses douleurs névralgiques, le médecin qui le soignait lui avait pratiqué des injections de morphine. Ensuite, par raison d'économie, le malade avait acheté une seringue de Pravaz et s'était mis à se faire lui-même des injections. Il se procurait la solution de morphine au fur et à mesure de ses besoins, au moyen d'une ordonnance que le médecin lui avait faite.

Les choses allèrent bien pendant un certain temps, mais peu à peu le malade s'accoutuma au médicament, les crises névralgiques devenant plus intenses, il augmenta le nombre des injections et arriva ainsi à ne plus pouvoir s'en passer, même lorsqu'il ne souffrait pas ; au moment où le malade me fit sa confession, il prenait *vingt* à *vingt-cinq* injections par jour, ce qui représente la dose incroyable de *un gramme vingt centigrammes de morphine en vingt-quatre heures*.

M. X. m'avoua qu'il ne pouvait plus faire ses articles de journaux ou de littérature sans prendre des injections de morphine : « Elles me donnent, disait-il, une nouvelle vigueur intellectuelle. Quand l'inspiration me manque, vite je prends ma seringue et j'éprouve une véritable jouissance à m'enfoncer l'aiguille dans la chair. Ceci fait, je me sens en verve, et c'est alors que j'écris mes meilleurs articles. »

M. X. me raconta encore que, homme de lettres à ses moments perdus, il était employé comme comptable dans une maison de commission, et que, pour faire son travail de comptabilité, comme pour exécuter ses travaux littéraires, il était obligé d'avoir recours à la morphine. Aussi avait-il, soigneusement cachées dans son bureau, une seringue de Pravaz et une solution de morphine, et tous les jours il se donnait coup sur coup, cinq, six injections et même plus.

« Chaque fois me dit M. X. qu'il m'arrive de passer un jour sans me donner d'injection, je suis pris de contractures dans les mâchoires, des bâillements répétés et il m'est impossible de pouvoir travailler. Cette état cesse dès que je me donne une injection.

Ces troubles se montrent surtout quand je travaille chez moi, car je suis obligé de laisser ma seringue à mon bureau, dans la crainte qu'elle ne tombe dans les mains de ma femme à qui j'ai promis depuis longtemps de renoncer à ma funeste habitude, et qui m'a menacé de me quitter si elle s'apercevait que je me donne des injections. »

Ce détail qui peut au premier abord sembler insignifiant nous donnera la cause de l'attaque de *morphinomanie aiguë*, dont M. X. a été atteint quelques jours plus tard.

Je représentai au malade les dangers qu'il courait, je lui fis observer qu'il marchait à grand pas vers un affaiblissement physique et intellectuel, et de là à la mort, et il me promit de renoncer progressivement à l'emploi de la morphine.

Au commencement du mois de mai, la miction étant redevenue difficile, je pratiquai de nouveau le cathétérisme. Je commençai par introduire le no 9. Impossible de passer. Le no 4 fut également arrêté au bulbe, mais je sentis bien que le canal tout entier était contracté sur la bougie. Je pris alors le no 18 et j'entrai tout droit dans la vessie, ce qui prouve bien qu'il ne s'agissait que d'un rétrécissement spasmodique.

Le malade fut de nouveau pris pendant trois ou quatre minutes d'une crise nerveuse (tremblement de tout le corps, soupirs entrecoupés de sanglots, larmes, etc.)

Les jours suivants je pus facilement passer les bougies Béniqué, depuis le no 34 jusqu'au no 41, et la miction devint plus facile.

Le 9 mai M. X. me fait demander. Je le trouve au lit en proie à une crise de douleurs névralgiques, avec vomissements et diarrhée. — Je lui fais prendre 1 gramme de chloral. Mais la potion est immédiatement vomie.

Vers le soir il boit du café noir et le garde.

M. X. me raconte que les deux jours précédents il n'a pas été à son bureau et que, par conséquent, il n'a pas pu prendre d'injection de morphine.

La nuit est assez calme et lendemain matin (10 mai) le facies

est meilleur. M. X... se plaint seulement d'une grande faiblesse et d'une soif intense.

Je lui conseille de prendre du bouillon froid, du lait et de la limonade, car il a un dégoût insurmontable pour la viande.

Le soir vers cinq heures M. X... me fait demander, je le trouve au lit, et il me dit que depuis midi les vomissements et les selles diarrhéiques sont incessants. Malgré une chaleur excessive, il se plaint du froid et pour se réchauffer il a été obligé de se couvrir comme en hiver. Il est en proie à une crise nerveuse extrêmement violente, ses yeux expriment tantôt la colère, tantôt la douleur ; il s'agite, se débat dans son lit, donne des coups de pied, repousse son frère qui est auprès de lui, et quand je lui demande ce qu'il éprouve, il me répond d'un ton courroucé : « Vous le voyez bien, je souffre de partout ; j'éprouve le besoin de me briser la tête contre les murs, de me jeter par la fenêtre ; je l'aurais déjà fait si mon frère ne m'avait pas retenu. Soulagez-moi, en grâce, donnez-moi une injection de morphine. »

Je fais faire une solution saturée 1 gr. de sel pour 16 gr. d'eau et je lui donne cinq injections à intervalles rapprochés (environ 0,60 centig.).

Aussitôt ces injections données, le calme reparaît, et le malade me remercie d'un air souriant · les douleurs ont également disparu.

Je reste environ une heure auprès de lui, le calme s'accentue davantage, les vomissements et la diarrhée sont arrêtés.

Je le revois le soir il est tout à fait calmé, il a pu même dormir une demi-heure. Il éprouve seulement une soif très intense.

11 mai, 9 h. matin. — La nuit a été calme. M. X... a dormi par intervalles.

Vers trois heures du matin, il a ressenti les premiers symptômes d'une crise, mais celle-ci a été arrêtée avec une seule injection (0,12 centig. environ).

La soif est toujours aussi vive.

Pas de diarrhée ni de vomissements.

7 h. soir. — La journée s'est bien passée, le malade n'a eu besoin que d'une seule injection (0,12 centig.).

Il a éprouvé du ténesme rectal et en faisant des efforts, il est venu un peu de sang.

La soif est moins ardente.

12. — M. X... a mieux dormi, le sommeil n'a pas été agité.

13. — Le matin vers six heures nouvelle crise calmée avec trois injections d'une solution à 1 gr. pour 40, soit 0,18 centig. environ.

Ténesme rectal toujours persistant. Coliques.

Lavement au chloral, 2 gr. Compresses de chloroforme sur la paroi abdominale.

Soif très vive. Peu d'appétit. Mais le facies est bien meilleur.

En somme, depuis trois jours, le malade n'a pris qu'un gramme

de morphine, tandis qu'il en prenait habituellement un gramme par jour.

Du côté du canal de l'urèthre, il ne s'est passé rien d'anormal. La miction est régulière.

Dans l'après-midi promenade en voiture sans trop de fatigu .

A sept heures et demie du soir, bâillements répétés, tremblements, en un mot tous les signes qui annoncent d'ordinaire le début d'une crise de douleurs névralgiques.

La crise éclate en effet, mais est calmée au bout de dix minutes au moyen de trois injections de morphine (soit 0,15 centig.).

14 mai. — Nuit tranquille. Le sommeil a été un peu lourd mais pas de rêves ni de cauchemars.

Le matin à dix heures au moment où je le vois, le malade a un commencement de crise dans les membres inférieurs. Cette crise consiste comme les autres en douleurs térébrantes, fugaces, qui lorsquelles se produisent obligent le malade à retirer brusquement a jambe, comme si on le piquait avec une aiguille. En outre on observe des bâillements fréquents et un tremblement de tout le corps. Il veut essayer de lutter sans prendre d'injection.

La crise se calme en effet spontanément sans morphine.

Dans l'après-midi, promenade, partie en voiture, partie à pied, sans fatigue. En rentrant chez lui M. X... ressent un abattement plutôt moral que physique. Il a peu d'appétit.

Avant diner, vers cinq heures nouveaux bâillements. M. X... veut cependant manger, bientôt se montrent des mouvements désordonnés contre lesquels il lutte environ trois heures, mais vers huit heures, il est obligé de se donner trois injections (soit 0,15 centig.). Aussitôt après il s'endort et ne se réveille qu'à sept heures du matin après un sommeil calme et sans rêves.

Il y a déjà de l'amélioration, la morphine agit comme soporifique, tandis que quelque temps avant elle agissait comme excitant.

15. — Au réveil, M. X... est bien. Il a de l'appétit, mais il existe toujours de la diarrhée et des coliques.

Lavement au chloral.

Vers neuf heures quelques bâillements qui se calment aussitôt le lever.

Dans la journée bain suivi d'affusion froide à la suite desquels le malade éprouve un bien-être marqué.

Il dine avec appétit et se couche aussitôt après.

Vers huit heures et demie il ressent une crise, il résiste pendant deux heures, sans se donner d'injections, mais à la fin il est obligé de s'en administrer trois (0,15 centig.), et il s'endort vers minuit.

16. — La nuit a été bonne, le sommeil calme sans rêves.

Vers neuf heures et demie, en ma présence, M. X... reçoit la visite de son père et en éprouve une émotion assez forte Aussitôt des bâil-

lements et des mouvements désordonnés se produisent. M. X... se roule dans son lit, se cache sous les couvertures, et fond en larmes. Cette crise dure deux à trois minutes, ensuite le calme se rétablit.

Dans la journée trois autres crises.

La première à midi : M. X... lutte et la crise se termine sans l'emploi d'injections.

Vers trois heures, seconde crise, deux injections (0,10 centig.).

A onze heures du soir, troisième crise, trois injections (0,15 centigrammes).

Dans la journée, le malade avait cependant pris un grand bain suivi d'affusion froide et en avait ressenti un grand soulagement.

L'appétit est bon.

17. — La nuit a été calme bien qu'il y ait eu une pollution.

Coliques, surtout le matin. La diarrhée a fait place à une constipation opiniâtre. Les gardes-robes sont dures et mélangées de sang.

Comme le malade est très anémié, je prescris du lactate de fer et de la rhubarbe à la dose, 0,10 centig. chaque.

18. — La journée est bonne.

19. — Vers 6 heures du soir, bâillements qui disparaissent pendant le dîner.

Après le repas, promenade à pied de deux heures. En rentrant nouveaux bâillements. Malaise général. Quatre injections représentant 0,20 centig. de morphine.

Coucher à dix heures et demie. M. X... est agité mais ne souffre pas. Impossibilité de dormir jusqu'à 2 heures du matin, puis sommeil lourd, plein de rêves et de cauchemars.

20. — Le matin à 8 heures, mouvements désordonnés, deux injections, le calme renaît (0,10 centig.).

Un peu de contracture du col de la vessie.

Vers sept heures et demie du soir, bâillements, quelques nausées. Vers neuf heures trois injections sans résultat. Une demi-heure après deux autres injections et coucher aussitôt après. Le malade dort d'un sommeil lourd et agité (0,25 centig. de morphine).

21. — Journée pas bonne. Cardialgie et céphalalgie.

Pas de bain.

Le soir, de 5 heures jusqu'à 10 heures, agitation. Cinq injections espacées l'une de l'autre (soit 0,25 centig.) mais le calme ne vient pas.

Nuit mauvaise.

Vers le matin M. X... s'endort, et se lève à 10 heures tout à fait dispos.

22. — Vers midi M. X... se sent mal à son aise. Comme il pleut et ne peut sortir, il prend deux injections (0,10 centig morphine).

Le soir il va au théâtre. Il dort sans avoir pris d'injection jusqu'à six heures du matin. Au réveil, malaise, cinq injections (0,25 centig. morphine).

23. — Vers neuf heures du matin, vive douleur sur la face dorsale du pied gauche, jusqu'à trois heures de l'après midi ; à ce moment, la douleur passe dans la cuisse, un peu au-dessous de la fesse.

De une heure à trois heures; mouvements désordonnés qui se dissipent spontanément.

Coucher à neuf heures, une heure après quatre injections (soit 0,20 centig. de morphine).

24. — Lever à huit heures. M. X... se trouve bien et déjeune avec appétit.

La journée est très bonne.

Coucher à onze heures, mais pas de sommeil avant trois heures du matin, sommeil lourd jusqu'à neuf heures.

25. — Au réveil, malaise, quatre injections (0,20 centig.).

26. — Douleur dans le tibia droit ; mais pas d'accidents nerveux.

27. — Le matin une crise. Quatre injections.

28. — A quatre heures, fourmillements et bâillements.

Bain.

29. — Lever à neuf heures, coucher à dix heures et demie. Rien de toute la journée.

La nuit, vers trois heures, quatre injections.

30. — Rien de toute la journée.

31. — Crise violente à neuf heures du matin, cinq injections (soit 0,25 centig,). A la suite, assoupissement.

Juin. — Tout le mois de juin se passe sans aucun accident. M. X... a repris ses occupations.

Il continue a prendre des injections en nombre variable chaque jour. Une solution de 1 gramme de morphine lui fait environ dix jours.

Juillet, 3. — L'état général est le même.

Un peu de contracture vésicale. Tisane de bourgeons de sapin.

10. — Les douleurs névralgiques ont reparu. Insomnie.

La contracture vésicale a diminué, mais n'est pas complètement disparue.

Août. — Dans les premiers jours de ce mois, violentes douleurs névralgiques aux pieds et aux jambes, calmées avec des injections de morphine.

19. — M. X..., qui est parti pour la campagne, m'écrit que ses douleurs névralgiques l'ont repris, et qu'il ne parvient à les calmer qu'en prenant de la morphine. Mais maintenant il n'est plus obligé de prendre les injections par habitude ou par manie, il ne s'en sert que lorsqu'il a des névralgies et il lutte cinq, six, quelquefois douze heures avant de les employer.

Je dois dire cependant, d'après sa lettre, que la crainte de manquer un jour ou l'autre de solution de morphine, par suite du peu de ressources qu'offre la ville où il est en ce moment, lui cause de vives inquiétudes; c'est en quelque sorte une nouvelle forme de morphinomanie.

31. — Une seconde lettre de lui m'informe que le 27 il a eu une crise violente qui l'a obligé à prendre 0,50 centig. de morphine. Mais depuis trois jours il n'a pris que dix centigrammes de morphine.

Septembre, octobre et novembre. — Grande amélioration. Vin de quinquina, fer et rhubarbe.

Décembre. — Dans la nuit du 5 au 6, violente crise de névralgie jusqu'à quatre heures du matin.

Injection de 0,40 centig.

A la suite de cette injection, violente envie d'uriner, à deux reprises différentes, dans l'espace de trois quarts d'heure, en outre, émission involontaire d'urine.

19. — Nouvelle crise de sept heures du soir jusqu'à minuit.

Injection de 0,15 centigrammes.

24. — Jusqu'à ce jour, rien à noter qu'un peu de contracture du col de la vessie.

Il va sans dire que, pendant toute la durée du traitement, je conseillai le café à M. X...

Dans le cours de l'année 1879, j'ai vu M. X... à différentes reprises, et il m'a toujours affirmé qu'il ne recourait plus aux injections hypodermiques qu'à de rares intervalles; qu'il ne les employait plus comme stimulant. Il se plaint d'ailleurs toujours de ses névralgies. En outre, il conserve sur la face des traces de ses souffrances antérieures, et la peau présente toujours la même coloration jaunâtre.

Je le perdis de vue pendant les années 1880 et 1881. J'eus l'occasion de le rencontrer une fois en 1882, il m'a encore assuré qu'il ne recourait plus aux injections que pour calmer ses douleurs névralgiques.

Je ne puis donc pas considérer ce fait comme un cas de guérison de *morphinomanie*, mais seulement, comme un cas de très remarquable amélioration puisque, au moment où il m'avoua sa fâcheuse habi-

tude, le malade prenait *un gramme vingt centigrammes de morphine par jour,* et que, lorsque j'ai cessé de le voir, il n'en prenait plus que *quinze centigrammes tous les huit ou dix jours.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 février 1883. Physiologie pathologique. *Recherches sur le rôle de l'inhibition dans une espèce particulière de mort subite et à l'égard de la perte de connaissance dans l'épilepsie.* Note de M. Brown-Séquard. — Après une simple piqûre où la section d'une petite partie du bulbe rachidien, si l'expérience réussit complètement (ce qui est rare), on constate la *perte immédiate de toutes les fonctions et de toutes les activités de l'encéphale.* Or, dans ces cas, d'après M. Brown-Séquard, les phénomènes observés ne sont pas dus à une anémie du cerveau causée par une contracture vasculaire dans cet organe : plusieurs faits le prouvent. En premier lieu, la section des deux nerfs grands sympathiques cervicaux, qui ne permet plus aux vaisseaux du cerveau de se contracter par action reflexe, n'empêche pas la lésion bulbaire de produire la perte des fonctions et des activités de l'encéphale. En second lieu, dans des expériences variées et nombreuses où M. Brown-Séquard a arrêté aussi complètement que possible la circulation dans les lobes cérébraux, sans avoir lésé le bulbe, il n'a jamais produit la perte ou même une diminution notable et immédiate des fonctions et des activités des centres nerveux. En troisième lieu, la cessation complète de circulation non plus dans les lobes cérébraux seuls, mais dans l'encéphale entier, comme l'ont déjà vu Kussmaul et Tenner, produit un état radicalement opposé à celui de l'espèce de mort dont il est ici question à savoir des convulsions violentes dans toutes les parties du corps y compris les muscles de la vie organique.

C'est, d'après M. Brown-Séquard, à un acte inhibitoire, provenant de la transmission à tout l'encéphale de l'irritation bulbaire, que l'on doit attribuer la perte des activités et des fonctions du grand organe intra-crânien.

C'est encore à un acte inhibitoire analogue au précédent qu'il faut attribuer la perte de connaissance dans l'attaque d'épilepsie et non pas à la contracture des vaisseaux de l'encéphale.

M. Brown-Séquard, on le sait, a trouvé que l'épilepsie peut presque toujours être produite chez certains animaux par certaines lésions des nerfs spinaux ou de la moelle épinière. On sait aussi, que cet habile expérimentateur peut à volonté, chez ces animaux devenus épileptiques donner lieu à l'attaque. C'est ce qui lui a permis de faire des recherches à l'égard de la perte de connaissance dans l'épilepsie. Or, M. Brown-Séquard a pu produire l'attaque convulsive avec perte de connaissance chez des animaux ayant eu les deux nerfs grands sympathiques coupés au cou et chez lesquels conséquemment la circulation n'a pu être arrêtée. En outre la connaissance se perd quelquefois trop rapidement après l'irritation de la zône cutanée pour que l'on puisse voir là l'effet d'une cessation de circulation cérébrale, quelque complète qu'on la suppose. Dans de telles circonstances c'est à l'inhibition qu'il faut attribuer la perte d'activité qui a lieu.

Séance du 19 février. — Physiologie. *De la valeur de l'entre-croisement des mouvements d'origine cérébrale.* Note de M. L... Couty. — La classification des mouvements en cérébraux et médullaires ou reflexes est fondée surtout sur ce fait, que l'excitation ou la lésion d'un hémisphère entraîne des modifications motrices du côté opposé, au lieu d'agir sur les muscles du même côté ; et, qnoique divers expérimentateurs, notamment MM. Vulpian et Brown-Séquard, aient montré le peu d'importance fonctionnelle de l'entre-croisement anatomique des faisceaux pyramidaux, l'entre-croisement physiologique est encore universellement admis.

M. Couty s'élève contre cette manière de voir. D'après lui, si on mesure l'action motrice attribuée au cerveau par les phénomènes consécutifs aux lésions ou aux excitations de cet organe, on constate que la bilatéralité est la règle chez certaines espèces de mammifères et d'oiseaux, et l'on

retrouve exceptionnellement ce caractère dans les espèces les plus perfectionnées. L'entre-croisement physiologique cérébro-médullaire n'a donc rien de constant; il n'est pas lié à la constitution anatomique des organes; il manque sur des cerveaux déjà élevés dans l'évolution, sensibles à l'électricité ou, comme celui de l'urubu, relativement volumineux. Ce caractère n'a donc pas la valeur qu'on lui avait attribuée, et l'on peut établir facilement une transition entre le mouvement volontaire le plus compliqué et le simple réflexe. »

Séance du 5 mars. — Physiologie. *De l'importance du rôle de l'inhibition en thérapeutique.* Note de M. Brown-Séquard. — Le savant professeur du collège de France montre que l'inhibition joue un grand rôle dans les cas de disparition soudaine de certaines activités morbides des centres nerveux et des nerfs. Voici les conclusions de son intéressante communication :

1° On devra désormais, en thérapeutique, tenir compte de l'existence de l'inhibition dans tous les cas où une activité morbide disparaît subitement ou à peu près sous l'influence d'une irritation provenant d'un point plus ou moins éloigné de celui où existait cette activité;

2° La recherche du lieu pour déterminer par une irritation la cessation temporaire du nombre d'activités morbides devra toujours être faite, car c'est là le point le meilleur aussi pour obtenir, à l'aide d'irritations diverses, la cure définitive de ces activités, surtout dans les affections nerveuses fonctionnelles.

Séance du 19 mars. — Physiologie expérimentale. *Des effets physiologiques du café.* Note de M. J. A. Fort.

Conclusions : « Le café agit en excitant le système nerveux central cérébro-spinal.

« Pris à *dose très forte*, le café produit l'insomnie par l'excitation du cerveau. En excitant la moelle, il produit les crampes des muscles, les douleurs de l'estomac, les troubles de l'intestin et ceux du cœur. L'excitation que le café produit sur la moelle épinière est, par conséquent, une excitation du *pouvoir reflexe* ou *excito-moteur.*

« Cette excitation peut être telle qu'elle atteigne également les racines médullaires du grand sympathique qui

sortent de la moelle avec les racines des nerfs rachidiens. On sait qu'une légère excitation du grand sympathique excite les vaso-moteurs, mais, si cette excitation est très forte, l'irritation des nerfs vaso-moteurs fait place à une paralysie de ces nerfs. Ne trouve-t-on pas dans ce phénomène l'explication des troubles de sécrétion de l'intestin et de l'anéantissement des facultés génitales par le café pris à forte dose ?

« Pris à *dose modérée*, le café exerce une action excitante plus calme, pour ainsi dire, sur le système nerveux. Il stimule légèrement le cerveau qui est moins enclin au sommeil et qui fonctionne avec un peu plus d'activité. Il exerce aussi une légère stimulation de la moelle épinière, se traduisant par un surcroît d'activité des diverses fonctions.

« Le café n'est évidemment pas un aliment d'épargne et je ne connais pas une seule expérience qui permette d'admettre une telle opinion.

« D'autre part, si le café augmente les dépenses de l'organisme, il ne faut pas oublier que cette augmentation de dépense se fait par l'intermédiaire du système nerveux : son action immédiate, c'est d'*exciter le système nerveux central.*

« Le café n'étant ni un aliment d'épargne ni un aliment de dépense, rien n'autorise à dire qu'il fasse consommer une plus ou moins grande quantité de nourriture azotée. En expliquant l'action du café par l'excitation qu'il produit sur le système nerveux, aucun point ne reste obscur dans le mécanisme de l'impulsion donnée par le café aux diverses fonctions organiques.

« En thérapeutique, le café doit être classé parmi les agents *excitateurs reflexes* et non parmi les agents modificateurs de la nutrition. »

Ch. Vallon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars 1883. M. le docteur Motet : *Des délires instantanés, transitoires, consécutifs à des crises épileptiques au point de vue médico-légal.*

Il existe, à côté de l'épilepsie vraie, un groupe considé-

rable de troubles cérébraux à forme convulsive qui ont été pendant longtemps confondus avec cette maladie, mais qu'on cherche aujourd'hui à en séparer. L'épilepsie vraie tient à un vice de conformation du crâne entraînant des déformations cérébrales irrémédiables.

Parmi les nombreuses affections qui peuvent simuler l'épilepsie, il en est une qui présente une grande importance au point de vue médico-légal : c'est l'épilepsie traumatique. M. Lasègue a désigné sous le nom de cérébraux ces malades chez lesquels le fonctionnement cérébral a été troublé à un certain moment et sans que pour cela il se soit produit une aliénation permanente. Si les troubles apparents sont transitoires, on a peine à considérer ces individus comme des aliénés et à leur accorder le bénéfice de l'irresponsabilité.

M. Motet rapporte deux observations à l'appui de ces idées. Un valet de ferme trouve un matin, en entrant dans son écurie, un cheval mort et un autre cheval mourant, tous deux avaient le rectum dilaté et l'intestin déchiré. Un moissonneur est trouvé dans son lit, le bras droit et les vêtements tachés de sang. Cet homme ne se souvient de rien ; on le soumet à un examen médico-légal. On apprend que dans sa jeunesse il a reçu un violent soufflet, et qu'à la suite il a présenté du délire morne ou furieux avec troubles de la mémoire ; quelque temps après s'étaient montrés des accès convulsifs de nature épileptiforme. En effet, la marche de ces accidents, l'époque tardive de leur apparition, la conformation régulière du crâne permettaient d'écarter l'épilepsie.

En fouillant plus avant dans le passé de cet homme, on apprit qu'à l'âge de 11 ans il avait reçu de sa sœur un coup violent sur le crâne. C'est ce traumatisme qui a dominé sa vie toute entière. La moindre excitation apporte un trouble dans ses fonctions cérébrales. C'est au milieu d'une crise de ce genre que le malade pénètre dans l'écurie après un excès alcoolique et commet les atrocités dont nous avons parlé.

Un autre malade, âgé de 37 ans, homme honnête jouissant de l'estime de ses voisins, vole un jour une somme de 12,000 francs et est poursuivi pour ce fait.

En cherchant dans son passé, on apprend qu'autrefois, monté sur une échelle, il était tombé sur la tête; après

cette chute il était resté pendant trois jours dans le coma et n'en était sorti que pour rester paralysé pendant plus d'un an. Depuis cette époque il a eu à différentes reprises des crises pendant lesquelles il marchait constamment en avant. Aussitôt après son vol, il s'en va tout droit à la gare de Lyon et prend un billet pour Marseille, de là il revient à Lyon, puis repart pour Toulon et enfin retourne à Paris, où il reste pendant trois jours sans oser rentrer chez lui, puis il va se livrer au commissaire de police.

Les traumatismes cérébraux avec leurs conséquences plus ou moins éloignées, forment un nouveau et très important chapitre de médecine mentale qui mérite d'être étudié à fond dès aujourd'hui.

CH. VALLON.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 novembre 1882. — *Du mensonge chez les enfants* (*suite*) (1). — M. BOURDIN est d'avis que tous les enfants sont enclins au mensonge à des degrès divers et cela par une fatalité de notre nature. L'enfant ment pour le plaisir de nuire, par sentiment de vengeance ou de haine, pour se soustraire à un devoir, éviter un châtiment, etc. C'est que l'égoïsme est inhérent à l'homme. Le but de l'éducation morale doit être précisément de rendre l'homme moins égoïste, de lui faire comprendre la nécessité de sacrifier un peu de lui-même en faveur de ses semblables.

M. DELASIAUVE est d'avis que l'éducation morale dont on parle beaucoup n'est nulle part soumise à des principes raisonnés et lumineux. Le plus souvent même elle est nulle.

Le principe de cette éducation est simple. Les germes de toutes les qualités, de toutes les vertus nous sont inhérents. Or s'il convient d'agir sur ces virtualités diverses, il faut en même temps, qu'elles soient cultivées harmoniquement, car elles se pondèrent. En tout l'exagération est fautive. Les meilleurs sentiments ont leurs abus, s'ils ne sont réglés par la prudence.

(1) Voy. l'*Encéphale*, page 219 et 220.

Suivant M. Delasiauve, ce serait une erreur de réduire l'égoïsme aux instincts purement personnels. Les impulsions affectives ne sont ni moins dans la nature, ni moins impérieuses. L'unique différence est que, pour s'éveiller et se développer, elles sont subordonnées au progrès de la connaissance ou perfectionnement de l'apprentissage.

A ce point de vue, le mensonge des enfants est intéressant. Son pouvoir n'est pas aussi grand qu'on est porté à le croire.

Souvent on abandonne la lutte, d'autrefois on l'engage mal. L'objurgation, les privations, ont plus souvent pour effet d'enraciner l'habitude du mensonge que de la faire disparaître. La persistance et l'habileté dans le mensonge annoncent du discernement. Il est donc possible d'opposer à des tendances le contre-poids efficace de sentiments meilleurs. La preuve s'en rencontre dans certaines familles douées d'une sorte de génie éducateur et parmi lesquelles on s'étonne de voir des enfants de trois à quatre ans offrir le spectacle d'une raison sereine alliée à la mobilité de leur âge.

M. Bourdin est d'accord avec M. Delasiauve. Il y a deux puissances en l'homme : les instincts et la morale, qui se trouvent dans des conditions identiques ; l'une satisfait les besoins de l'individu, l'autre au contraire lui demande des sacrifices. L'éducation des sentiments se fait toute seule, mais non l'éducation morale qui se fait par une bonne éducation.

M. Fournet fait un exposé doctrinal de l'éducation comme source de génération et de régénération des âmes et des mœurs.

Voici le résumé de cette communication :

Toute parole, toute action, toute expression, sont séminatrices pour l'âme de l'enfant, comme pour celle de l'homme.

Ce germe semé, c'est la substance, c'est l'esprit qui constitue le sens, le caractère de ces expressions. Cette substance, cet esprit des choses est en effet à la chose même ce que le germe est à son véhicule. La sémination de ces germes, de ces idées, de ces principes, c'est l'éducation, c'est la génération spirituelle.

Ces idées, ces principes, semés par l'éducation, sont erreur ou vérité, ou mélange de l'un et de l'autre. L'âme et

la vie qui s'en constituent ne sont normales que dans la mesure de la vérité qu'elles s'assimilent, et sont morbides par les erreurs, les idées fausses, les principes injustes qu'elles s'approprient.

L'enfant puise au sein de sa famille, instinctivement d'abord, plus ou moins consciemment ensuite, les idées vraies ou fausses qui y sont en cours, l'esprit qui y règne et gouverne, et en compose sa jeune âme et sa jeune vie, exactement comme son corps a puisé dans la semence paternelle et dans le sang de sa mère, d'abord, dans l'aliment et dans l'air ensuite, la substance de son propre sang, c'est-à-dire les éléments de sa formation et de sa nutrition.

Les parents, les éducateurs quelconques, dont l'âme et la vie sont morbides, sont donc, dans la mesure même de cette morbidité, des générateurs malsains, des empoisonneurs inconscients de leur génération.

C'est là qu'est le véritable péché originel ; c'est dans une régénération morale plus saine qu'est la véritable rédemption.

La personnalité de l'enfant se forme et se reforme insensiblement, comme son corps, par voie d'assimilation et de désassimilation.

L'autorité qui lui était extérieure dans la personne de ses parents, lui devient insensiblement intérieure et personnelle par cette assimilation, et sa vie découle désormais de ce foyer intérieur, comme la logique découle de son principe bon ou mauvais.

Le principe de la vie humaine normale, soit organique, soit psychique, le principe de la vie belle et heureuse n'est et ne peut-être que le principe d'humanité, incarné et personnifié.

Dans ce dernier état, le principe d'humanité implique en soi, par sa nature même, le sens moral ou fraternel, c'est-à-dire l'amour et le respect de ses semblables et le sens religieux ou filial, c'est-à-dire l'hommage pieux à l'auteur, au père de l'humanité.

Si l'âme et la vie des parents s'animent de ce principe, l'âme et la vie des enfants s'en constitueront et s'en animeront aussi.

Dans ce peu de mots, et dans le sens qu'ils enferment, est tout le secret, est toute la science : de la belle vie

individuelle, de la bonne vie de famille, de la vraie grandeur des nations, de la haute destinée de l'humanité tout entière.

Et tous ces fruits sont enfermés dans ce principe : *L'éducation est une génération psychique.*

M. Motet laissant de côté le point de vue philosophique de la question, veut seulement présenter quelques considérations sur les dispositions au mensonge, telles qu'il les trouve dans sa pratique journalière. Médecin de la maison d'éducation correctionnelle, M. Motet est en rapport avec des enfants chez lesquels le mensonge est chose si commune, que l'on doit toujours être sur ses gardes.

On sait que Ferrus divisait les prisonniers en trois groupes.

1° Condamnés pervers, énergiques et intelligents, qui péchent sciemment, soit par organisation, soit par système ;

2° Condamnés vicieux, bornés, abrutis ou pensifs, qui sont entraînés au mal, non par l'absence de discernement, mais par indifférence pour la honte ou pour le bien ou par lâcheté, par paresse pour ainsi dire, et par défaut de résistance aux excitations mauvaises ;

3° Condamnés ineptes ou incapables, à intelligence obtuse et dépourvus d'industrie, qui n'ont jamais apprécié parfaitement la portée de leurs actes, et qui ont subi, pour la plupart, différentes condamnations, non seulement sans les redouter, mais presque sans les comprendre.

Les mêmes types se retrouvent plus ou moins complets chez les jeunes détenus. Ce que l'on trouve plus communément chez eux c'est la prédominence des perversions instinctives. Celles-ci sont singulièrement développées par les séductions multiples de la vie parisienne et le défaut de surveillance des parents que le travail assujettit étroitement. C'est chez enfants, dont la plupart appartiendraient au premier groupe, que le mensonge atteint des proportions inouies. Non pas le mensonge naïf et maladroit, mais le mensonge préparé et soutenu avec une habileté qui déjoue toutes les recherches. M. Motet cite l'exemple suivant : un enfant de douze ans arrêté comme vagabond raconte qu'ayant perdu successivement son père, chef de bataillon en retraite, puis sa mère il

est resté seul avec un frère. Tous deux se sont mis à chercher de l'ouvrage chacun de leur côté; n'ayant pas vu son aîné depuis trois jours, il s'est laissé prendre par les agents. Tout cela raconté avec un grand luxe de détails en apparence fort précis. Informations prises voici à quoi se réduisait la fable du petit prisonnier : Père vivant, ébéniste, mère morte depuis six ans. Enfant en apprentissage dans une fabrique de pianos, très intelligent, mais très paresseux. Envoyé en course, n'avait pas reparu à l'atelier. La crainte d'une verte réprimande l'avait empêché de rentrer, il avait vagabondé trois jours et il avait été arrêté la nuit, endormi sur un banc.

On ne se doute pas des efforts que font certains enfants pour cacher leur identité ; ils accumulent mensonges sur mensonges si bien qne souvent ils se démasquent par les changements apportés dans leurs récits. Il y en a qui de très bonne heure connaissent leur code. Gélinier le chef de la bande des cravates vertes essaye de se faire passer pour son frère, de deux ans moins âgé que lui. Il savait que s'il avait eu quatorze ans et demi au lieu de seize et demi, la peine qu'il aurait à subir serait beaucoup moins lourde.

Les simulations sont aussi fréquentes. C'est l'épilepsie qu'ils simulent le plus souvent. Un jeune détenu de quinze ans avait simulé des attaques convulsives; convaincu qu'il cherchait à tromper, M. Motet lui dit que s'il voulait conserver le supplément de pain qu'on lui avait accordé quelques jours auparavant, il fallait qu'il n'eut plus d'attaques. Et il n'en a pas eu d'autres. Se voyant découvert, il avoua depuis qu'il avait vu plusieurs fois sa mère « dans ses attaques de nerfs » et que l'idée lui était venue de faire comme elle, espérant qu'on ne le garderait plus en prison.

M. Motet a vu même des simulations de suicide.

Dans tous les mensonges, le mobile est d'exciter l'intérêt, la pitié, d'échapper à une peine, de recouvrer la liberté.

Les plus curieux à étudier au point de vue médico-psychologique, ce sont ceux qui appartiennent à la catégorie des pervers instinctifs. Irrésistiblement sollicités par le besoin de détruire, de nuire, incapables de vivre dans la famille, avides d'indépendance, préférant la nuit passée

sous l'arche d'un pont à la nuit de repos dans la maison paternelle ; ils commettent des délits sans nombre, quelquefois des crimes avec des raffinements de cruauté.

Un enfant de dix ans a été arrêté sur les bords du canal Saint-Martin, au moment où il venait de jeter à l'eau un petit camarade. Celui-ci tranquillement étendu sur la berge, regardait les ronds qu'il faisait en crachant dans l'eau. Il arrive par derrière le prend par les pieds et le fait basculer. L'enfant tombe ; lui, le regarde se débattre, il n'appelle pas au secours. Heureusement, un marinier avait tout vu, il accourt et sauve l'enfant. Comme M. Motet lui demandait pourquoi il avait jeté son camarade à l'eau, il répondit : « Il m'avait pris des billes. » Cet enfant avait perdu sa mère morte phtisique, son père était en prison pour vol, il avait été recueilli par sa grand'mère qui, obligée de travailler ne pouvait le surveiller. En prison il brise tout, il effiloche la couverture de son lit ; il est insensible aux réprimandes et aux punitions. C'est un petit être nuisible au suprême degré.

Chez ces enfants on trouve en germe, souvent même déjà développés, toutes les passions, toutes les perversités qu'on pourrait croire n'appartenir qu'à l'âge mûr.

M. Dally assimile, au point de vue du mensonge, et les sociétés naissantes, et les enfants ; les causes du mensonge sont diverses : crainte du châtiment, honte de n'avoir pas atteint l'idéal de vertu que l'on s'est fait, désir de fixer l'attention ou d'obtenir un bénéfice. Ni influence religieuse, ni autre, ne font sur le mensonge.

Le mensonge est une propriété inhérente au développement cérébral ; ce n'est pas une altération de l'état normal. Le mensonge est plus rare chez les enfants anglais.

M. Foville ne croit pas à une différence entre l'Angleterre et la France au point de vue du mensonge chez les enfants ; il demande d'ailleurs quelle pourrait être la cause de cette différence.

Séance du 11 décembre 1882. *Discussions sur les asiles d'aliénés criminels* (*suite*) (1). — M. Foville désire appeler l'attention de la Société sur deux points relatifs au mode de fonctionnement de l'asile spécialement destiné aux

(1) Voy. l'*Encéphale*, 1883, p. 215 à 219.

aliénés dits criminels, pour le cas où, comme cela lui paraît très désirable, on déciderait la création d'un asile de ce genre.

Ces deux points sont les suivants :

Par qui seraient payés les frais d'entretien des aliénés traités dans l'asile spécial ?

Quelles seraient les formalités prescrites pour faire sortir de cet asile les aliénés paraissant guéris ?

La première question n'a pas seulement, comme on pourrait le croire, une importance administrative et financière, elle présente aussi, indirectement, un réel intérêt au point de vue médical.

D'après M. Foville, une sélection parmi les aliénés dits criminels serait nécessaire ; tous n'auraient pas besoin d'être placés dans l'asile spécial, et parmi ceux qui y seraient d'abord envoyés il en est qui, devenant avec le temps, déments et inoffensifs, n'auraient pas besoin d'y être maintenus.

C'est précisément sur la possibilité de cette sélection, et de ces éliminations successives, que le mode adopté pour le paiement des frais d'entretien des malades de l'asile spécial, paraît à M. Foville destiné à exercer une grande influence.

Ces frais pourraient être laissés entièrement à la charge de l'Etat, ils pourraient aussi, comme cela a lieu actuellement pour les aliénés ordinaires, rester à la charge du département du domicile de secours avec participation des communes. Voyons ce qui arriverait dans les deux cas.

Si l'Etat est seul chargé de l'entretien des aliénés placés dans l'asile spécial, les départements auront tout intérêt à voir et à faire voir partout des aliénés criminels. D'autre part, si un aliéné placé à l'asile spécial devient au bout d'un certain temps calme et inoffensif, les préfets, par le même principe d'économie, se prêteront aussi mal que possible à sa réintégration dans un asile ordinaire, parce qu'il retomberait alors à la charge du département. De cette façon l'asile spécial ne tardera pas à être encombré de malades chroniques et insignifiants.

Voyons, par contre, poursuit M. Foville, ce qui arriverait dans le cas où la dépense incomberait au département du domicile de secours, avec le concours des communes,

comme cela a lieu actuellement pour les aliénés ordinaires. On doit prévoir que le prix de chaque malade, dans l'asile spécial, sera supérieur à ce qu'il est en moyenne dans les asiles ordinaires ; un aliéné criminel coûtera donc au département chargé de son entretien, plus cher qu'un aliéné non criminel. Dès lors, par le même principe d'économie, on s'appliquera à démontrer qu'aucun aliéné n'a besoin d'être traité dans l'asile spécial. L'asile spécial restera à peu près vide.

Il y a donc un double écueil à éviter. Le but à atteindre pour cela, serait d'éliminer de la question toute considération pécuniaire, en sorte que les départements n'aient aucun intérêt d'économie à ce que tel ou tel aliéné, à leur charge, soit placé dans un asile ordinaire du département, ou dans l'asile spécial des aliénés criminels. Dès lors le Ministre aurait toute liberté pour exercer son droit discrétionnaire de sélection en s'entourant, bien entendu, de toutes les garanties d'informations désirables.

Quant aux formalités dont il conviendrait d'entourer la sortie définitive des aliénés dits criminels qui paraîtraient guéris, M. Foville pense qu'il est inutile de créer des rouages nouveaux et que la législation actuelle fournit les moyens d'y pourvoir. Il suffirait de soumettre toutes ces sorties à la procédure indiquée par l'article 29 de la loi du 30 juin 1838, c'est-à-dire que toute demande de sortie serait déférée, de droit, au tribunal, et que celui-ci, après s'être livré aux vérifications nécessaires, prononcerait, en chambre du conseil, une décision non motivée. Les médecins seraient évidemment consultés, et leur avis exercerait sans aucun doute, une influence considérable sur le tribunal ; mais ils n'auraient pas eux-mêmes et eux seuls, la responsabilité de la décision prise ; celle-ci aurait toute l'autorité des décisions judiciaires, collectives et impersonnelles.

Ch. Vallon.

BIBLIOGRAPHIE

Paralysies toxiques et syphilis cérébrale, Extraits de leçons faites à l'hôpital de la Pitié (année 1880), par le Dr E. Lancereaux, membre de l'Académie de médecine. — Paris, 1882,

Un grand intérêt s'attache à l'étiologie des paralysies et

à leur diagnostic différentiel, mais pour dissiper les ténèbres qui entourent cette question, il ne fallait pas moins qu'une observation clinique très attentivé, éclairée des lumières de l'anatomie pathologique. C'est à ce double point de vue que s'est placé M. Lancereaux, dans ses leçon faites à la Pitié en 1880.

L'auteur élimine tout d'abord les paralysies *organiques* et *fonctionnelles*, qui sont mieux connues, pour s'arrêter aux paralysies toxiques.

L'empoisonnement par le plomb donne lieu lui-même à des paralysies trop bien étudiées pour qu'il ait cru devoir leur accorder une mention spéciale.

L'*alcool*, pris à doses toxiques, est peut-être, de tous ces agents, celui qui provoque le plus souvent des paralysies. Ces paralysies siègent aux extrémités, d'une façon symétrique, se localisent aux extenseurs des membres et produisent des troubles vaso-moteurs (œdème, rougeur ou pâleur, sueurs) et des désordres concomitants de la sensibilité. On note ainsi des hypéralgésies, parfois de l'analgésie, mais surtout des sensations douloureuses diverses, telles que celles de fourmillements, de picotements, de brûlure.

A ces caractères on peut reconnaître la paralysie alcoolique, surtout si l'on tient compte des habitudes des malades, de leurs troubles gastriques, de leurs hallucinations, de leurs rèves effrayants et de leur insomnie. D'un autre côté, la généralisation de la paralysie, la perte de la contractilité électro-musculaire, l'absence de contracture : tels sont les caractères qui éloignent toute idée de lésion circonscrite de la moelle (compression, tumeur, sclérose annulaire) et de sclérose systématisée.

L'examen à l'œil nu et le microscope ont permis de reconnaître des altérations profondes des nerfs et des muscles des membres. Le cerveau et la moelle épinière étaient sains.

L'*arsenic* produit des paralysies d'une ressemblance presque parfaite avec celles que détermine l'alcool. Il n'y a entre elles que des différences de degré et de nuances. — L'arsenic ne produit pas les mêmes désordres intellectuels.

D'une manière analogue, l'*oxyde de carbone*, le *sulfure de carbone*, l'*opium*, peuvent déterminer des paralysies pres-

que identiques à celles de l'alcoolisme. — Leurs caractères communs permettaient donc de les grouper et d'en présenter un tableau synthétique comme on l'a fait.

Les manifestations cérébrales de la syphilis dérivent, comme celles des viscères, de lésions limitées, de lésions en foyer. Selon M. Lancereaux, il ne faut donc pas attribuer à la syphilis des lésions disséminées ou étendues, telles que celles de la paralysie générale ou du tabès dorsalis. La syphilis s'attaque toujours au même ordre de tissus, à savoir : les tissus conjonctivo-vasculaires, c'est-à-dire ceux qui proviennent du feuillet moyen du blastoderme. Ainsi les méninges, les vaisseaux et la névroglie sont les seules parties de l'encéphale où se développent primitivement les lésions syphilitiques.

La *méningite syphilitique* atteint de préférence la dure-mère. La marche des accidents, la céphalée nocturne, les commémoratifs de la maladie, enfin les symptômes cérébraux justiciables seulement d'une lésion circonscrite, d'un néoplasme intra-crânien, serviront à éclairer le diagnostic. Comme dans toute lésion cérébrale, les symptômes spéciaux varieront en raison du siège de la maladie. C'est ainsi qu'on pourra avoir de l'aphasie, des paralysies limitées, des attaques épileptiformes, du coma, etc., suivant que les gommes de la dure-mère siègeront sur tel ou tel point. Enfin il est à remarquer qu'il peut exister simultanément plusieurs lésions sur des points différents de la dure-mère, et que ces foyers localisés présentent la double tendance à la prolifération et à la régression qui permet toujours d'espérer la guérison par formation d'une cicatrice fibreuse.

L'*artérite* syphilitique n'est pas étudiée depuis longtemps. Ce qui distingue cette lésion, c'est sa localisation circonscrite, ses nodosités jaunâtres, sa délimitation en un ou plusieurs points du système artériel et son mode de terminaison par le rétrécissement, l'oblitération, la dilatation ou la rupture des vaisseaux ; les symptômes fonctionnels qu'elle détermine varient aussi avec la nature du désordre amené par le processus inflammatoire, qui affecte l'une des quatre formes citées plus haut.

L'*encéphalite* syphilitique, beaucoup moins commune que l'artérite et la méningite, n'est connue que par un petit nombre de faits. L'auteur en cite un cas où la lé-

sion siègeait à la partie inférieure de la protubérance.

Dans ces leçons, M. Lancereaux affirme une fois de plus ses hautes qualités de clinicien et son autorité incontestée au point de vue des déductions tirées de l'anatomie pathologique.

D[r] DESCOURTIS.

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS

[ARCHIV FUR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN de Westphal.

[13e Volume. 3e Cahier.]

UEBER DEN ZUSTAND DER KORPERTEMPERATUR BEI EINIGEN FORMEN FON GEISLESKRANKHEITEN [Sur l'état de la température du corps dans quelques formes de maladies mentales], par W. Bechterew de Saint-Pétersburg.

Après avoir fait d'une façon fort complète l'historique de la question, l'auteur étudie la température dans la mélancolie. Au début de cet état, la température peut s'élever jusqu'à 40° c. ou bien se maintenir entre 38° et 39; puis, à mesure que la dépression s'accentue, la température baisse et descend jusqu'à 36°5 et même 35°5 c. Quand la guérison survient, la température redevient normale, de sorte que l'on pourrait, sous ce rapport, diviser la maladie en trois périodes.

En ce qui concerne les variations diurnes, on constate que dans beaucoup de cas la température du matin est plus élevée que celle du soir; la mélancolie est, sous ce rapport, comparable au typhus inversus.

Quant aux températures locales périphériques, elles sont très irrégulières et souvent différentes de 1 à 2 et 3° pour des points symétriquement placés de chaque côté du corps; il doit donc se produire chez les mélancoliques des troubles locaux et passagers de la circulation.

Manie. — Elle peut, en ce qui concerne la marche de la température, être divisée en trois périodes : la première, slade mélancolique dans lequel la température est au-

dessous de la normale ; la seconde, qui est le stade de violente excitation maniaque, dans lequel elle s'élève un peu au-dessus de la normale, mais il y a des oscillations d'une grande irrégularité ; dans la troisième période, il y a un abaissement notable.

Les variations diurnes se caractérisent par une élévation le matin, un abaissement le soir.

Démence, Idiotie. — En général, température inférieure à la moyenne avec quelques irrégularités. La température locale périphérique indique chez les uns une perte de calorique très faible, chez les autres une perte bien supérieure à celle d'un organisme sain.

M. Bechterew s'est demandé quelles étaient les causes qui pouvaient expliquer ces variations. Il faut, en premier lieu, incriminer la vie organique des aliénés qui sont la plupart pâles et anémiques ; puis leur nutrition se fait mal, soit par affection stomachale ou refus de nourriture. L'échange moléculaire doit, d'autre part, être fort différent suivant que les sujets restent dans une immobilité absolue comme les mélancoliques ou font au contraire un grand travail musculaire comme les maniaques. Mais il faut remarquer qu'à l'état physiologique, des circonstances telles que le repos, nourriture insuffisante, et grand déploiement de force musculaire agissent peu sur la température. Aussi a-t-on incriminé une affection du système nerveux, d'autant plus qu'il existe chez la plupart des aliénés de nombreux troubles vaso-moteurs. Mais jusqu'ici nous ne possédons aucune preuve de cette hypothèse, si ce n'est cependant les expériences physiologiques de Brown-Sequard, Landois et Eulenburg, Hitzig, Rochefontaine, etc.

ARCHIV FUR PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE UND FUR KLINISCHE MEDICIN de R. Virchow.

[2e cahier du 90e volume.]

ZUR BEHANDLUNG DER HYSTERIE [du traitement de l'hystérie] par FRIEDREICH IN HEIDELBERG. — L'auteur paraît revenir à l'ancienne pathogénie de l'hystérie, d'après laquelle cet état serait le plus souvent le résultat d'affections locales des organes sexuels. Mais il reproche à ceux qui l'ont précédé dans cette voie d'avoir méconnu l'importance d'un

organe d'une très grande sensibilité, le clitoris qui lui paraît plus que tous les autres susceptible d'augmenter l'irritabilité du système nerveux. Baker Brown à Londres et presque en même temps Braun à Vienne (1866) ont essayé de supprimer les irritations périphériques émanant du clitoris et ont préconisé la clitoridectomie, opération qui d'après Brown aurait déterminé la guérison des formes les plus graves d'hystérie, d'épilepsie et même de quelques états psychopathiques. Friedreich cherche à éviter cette mutilation tout en s'étonnant que la Société d'obstétrique de Londres ait condamné la clitoridectomie et il préconise la cautérisation du clitoris. Les observations sont au nombre de huit et portent à la fois sur des cas d'hystérie somatique et psychique. Ainsi dans la première observation une paraplégie persistante depuis un an et demi a cédé peu de jours après la première cautérisation. Les cas 2, 3, 4 et 5 dans lesquels il s'agissait d'aphonie, de glossoplégie, de crises convulsives, démontrèrent aussi l'influence immédiate et curatrice de la cautérisation; le caractère, l'état général, le sommeil et l'appétit s'améliorèrent même d'une façon notable sous l'influence de cette médication. Ces résultats ont lieu de surprendre quand on songe aux causes si variées de l'hystérie et il serait à désirer pour entraîner la conviction, que cette pratique fût reprise en France qui offre à cet égard un vaste champ d'expérience.

Ueber multiple sclerose des Gehirns und Ruckenmarks. [De la sclérose multiple du cerveau et de la moelle] par le Dr H. Ribbert de Bonn. — Les recherches de Ribbert portent sur deux cas rigoureusement observés pendant la vie; le premier eut une durée de trois mois, le second évolua dans un espace de trois ans et demi. Cette étude présente surtout de l'intérêt par les résultats obtenus à l'autopsie. Les plaques disséminées ont paru être le résultat d'une inflammation à la suite de laquelle s'est produite une diapédèse des corpuscules blancs, une hypertrophie de la névroglie dont les noyaux se sont augmentés. Les éléments nerveux, et surtout la substance médullaire des nerfs sont détruits et remplacés par des corpuscules graisseux. Ces phénomènes inflammatoires disparaissent au bout d'un certain temps et il ne reste plus alors que la sclérose.

Acute linkseitige Hemiathetose ohne Herderkrankung [Hémiathétose gauche aiguë sans altération localisée], par Kirchoff, de Schleswig. - Le sujet de l'observation est un alcoolique qui présenta à 60 ans les symptômes d'une énorme dilatation cardiaque, avec insuffisance de quelques valvules ; il y avait de l'ascite et de l'œdème. Le malade était sujet à de fréquents accès de dyspnée et 22 jours seulement avant sa mort il présenta des troubles de mouvement du côté gauche, qui consistaient en mouvements monotones, énergiques, qui paraissaient involontaires. Quelque temps après des mouvements semblables se produisirent dans la main droite, mais ils étaient plus faibles. Leur forme, leur distribution, leur persistance pendant le sommeil, et l'inutilité des mouvements volontaires pour les suspendre concordaient pour faire de ce cas un cas d'hémiathétose, malgré l'absence d'autres symptômes que le peu de durée de l'affection avait empêché de se produire. D'après les opinions actuellement en vigueur, on devait s'attendre à trouver une embolie cérébrale à la base. Or à l'autopsie on ne constata aucun noyau. On pourrait se demander si cette athetose n'a pas été le résultat d'une dissolution du sang, suite d'ictère, ou bien encore si elle n'est pas un phénomène réflexe d'origine cardiaque.

Ein Fall von Trigeminus affection. [Un cas d'affection du nerf trijumeau]. — Contribution à l'étude de l'ophthalmie neuroparalytique, du trajet des fibres gustatives de la chorde du tympan et des gonflements intermittents des articulations par le prof. Senator, de Berlin.

Ueber Krankheitsbewustsein in psychischen Krankheiten. [De la conscience dans les maladies mentales]. — Étude historique et clinique par le Dr Arnold Pick (Dobrzan).

Die Reaction der Pupillen Geisteskranker bei Reizung sensibler Nerven. [La réaction de la pupille chez les aliénés sous l'influence de l'irritation des nerfs sensibles], par C. Moeli.

Zur Lehre von den Haut und Sehnen-Reflexen. [Contribution à l'étude du réflexe cutané et tendineux], par A. Schwarz, de Wien.

Tumor der medulla oblongata ; Diabetes mellitus, par le Dr de Jonge.

Beitrag zur Pathogenese des Diabetes insipidus. [De la Pathogénie du Diabète insipide], par le Dr Flatten.

[No du 2 mars 1883].

Ueber Atremie, nebst Bemerkungen uber die Nervositat der Amerikaner. [De l'atrémie et remarques sur la nervosité des Américains], par le Dr B. W. Neftel (de New-York).

L'auteur désigne sous le nom d'atrémie un état pathologique qui se caractérise par ce fait que les malades restent couchés des années entières, sans que cependant l'appareil de la motilité présente aucune lésion palpable. Il publie quatre observations, dont la première concerne une femme de 54 ans, qui n'a jamais présenté de phénomènes hystériques, n'est atteinte d'aucune affection organique et ne peut, malgré cela, faire aucun mouvement, l'auteur attribue cette immobilité aux sensations douloureuses, aux paresthésies que provoque le moindre effort physique ou intellectuel.

La seconde observation est celle d'une femme de 45 ans, qui avait des antécédents névropathiques, et était hystérique (inégalités de caractère, pleurs). Son atrémie consistait en une sensation de fatigue perpétuelle, en une hyperesthésie cutanée, sensations douloureuses dans la tête, les yeux, la poitrine, l'abdomen, et une incapacité absolue de faire le moindre effort pour sortir soit à pied, soit en voiture.

Les deux autres observations concernent des sujets chez lesquels existaient, à côté des symptômes de l'atrémie, des affections utérines; l'auteur n'attribue pas la moindre influence à ces affections, quoiqu'elles fussent considérées par la plupart des médecins, comme la cause de la fatigue, des sensations douloureuses.

En somme, l'affection que Neftel décrit sous le nom d'atrémie consiste, d'une part, dans l'impossibilité de se mouvoir, d'autre part, dans l'incapacité de se livrer à aucun effort intellectuel, de lire, de penser malgré l'intégrité de l'intelligence, de la conscience et de la mémoire.

Les symptômes de cette affection ne nous paraissent pas suffisants pour donner lieu à la création d'une nouvelle entité morbide, telle que l'atrémie. La première observa-

tion, dans laquelle il existait des sensations cutanées, offre beaucoup d'analogie avec ce que Brachet a décrit sous le nom d'hypochondrie cutanée. La seconde malade est une ancienne hystérique chez laquelle l'hyperesthésie et les phénomènes de dépression peuvent se rapporter à l'état névropathique originel. Quant aux deux autres, elles étaient atteintes d'affections utérines et nous savons combien les affections des organes génitaux chez la femme la prédisposent aux désordres du système nerveux. L'atrémie ne nous semble donc pas, d'après ces seules observations, avoir droit à une dénomination spéciale, et nous attendrons d'autres observations pour lui donner droit de cité parmi nous.

Le Dr Neftel émet à la fin de son travail des remarques fort intéressantes sur la *Nervosité américaine*, c'est-à-dire la fréquence excessive des névroses et psychoses dans ces pays. Il l'attribue en première ligne à la diffusion de la civilisation moderne, puis aux excès, au climat. C'est là un problème d'anthropologie du plus grand intérêt ; d'autant plus que les Américains présentent en outre des désordres variés du tube digestif et une fécondité limitée ; on doit sans doute incriminer les difficultés d'acclimatation, les mauvaises conditions hygiéniqnes. Par contre, la conformation extérieure des Américains bénéficie du croisement des races et ils ont, en général, un type plus fin que celui des parents qui leur ont donné naissance. Il est à désirer que le Dr Neftel continue ces études, car nulle part ailleurs la nature ne fournit un plus vaste champ d'observation en ce qui concerne l'influence du climat sur le développement des races humaines, les effets du croisement dans le cours de générations successives, etc.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FUR PSYCHIATRIE
Von Kraft-Ebing
(39e volume, 5e cahier).

MITTHEILUNGEN UBER DEN PULS BEI GEISTESKRANKEN. Von Dr CLAUS, in Sachsenberg [Communications sur le pouls dans les maladies mentales].

L'auteur a entrepris de rechercher dans son travail si le rapport qui existe en général entre le pouls et la température est troublé chez les aliénés. Wolf avait antérieure-

ment démontré que dans lès vésanies, le pouls, malgré l'élévation de la température, ne subissait pas les modifications habituelles, ne devenait pas dicroto et restait tricote même pendant la fièvre. Claus n'accepte pas ces résultats, et d'après 12 observations d'hommes et 4 de femmes, il constate que le pouls des aliénés se comportait comme celui des autres sujets.

Il étudie ensuite la forme que prend le pouls dans les différentes variétés de troubles psychiques.

Contrairement aux résultats qu'avait obtenus Wolf, il ne trouve pas de forme de pouls caractéristique pour la manie, la mélancolie, et il ne croit pas que la lenteur du pouls dans la paralysie démontre la paralysie du système nerveux vaso-moteur. Ce travail est surtout une œuvre de critique, dans lequel l'auteur a essayé de contrôler les résultats obtenus snr ce sujet par Wolf, Mendel et Schüle.

Zur Casuistik der Hirntumoren, par Dr Richter in Dalldorf. [Contribution à l'étude des tumeurs cérébrales].

La tumeur dont le Dr Richter publie l'observation était un gliome, qui aurait débuté dix ans avant la mort du sujet ; ses symptômes consistèrent en convulsions et perte de connaissance. La respiration était saccadée. La tumeur avait son siège au devant des nerfs optiques, entre les lobes frontaux, soulevait même le genou du corps calleux; la partie inférieure de l'insula droit et du gyrus rectus droit était dégénérée. Malgré ce siège, la tumeur ne détermina jamais aucune paralysie et aucun trouble des sens, si ce n'est un léger trouble de la vue. Il n'y eut jamais de vomissement et la céphalalgie était intermittente et très légère. La mort dans le cas présent parût être le résultat de l'œdème cérébral. Le résultat de l'œdème fut le même que celui de la compression de la moëlle allongée et entraîna la mort par suffocation.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine [Discussions de psychiatrie]. Berlin, 1882. — Dr Laehr. *De l'examen des cas douteux d'aliénation dans des asiles.*

D'après l'orateur, les médecins aliénistes ne peuvent refuser leur concours à la justice quand elle a besoin d'être éclairée, mais ils doivent aussi défendre les asiles et ne pas entraver leur libre développement par l'introduction de certains criminels. Il passe en revue la façon dont on

se comporte en Amérique, France, Angleterre, Suède, envers les criminels que l'on suppose aliénés. En Allemagne, on fait depuis quarante ans des vœux en faveur de la création d'annexes, soit à l'asile, soit aux prisons, pour l'examen de ces sujets. Le Dr Laehr craint que les garanties dont on est, dans les asiles, obligé de s'entourer envers les grands criminels, ne leur donnent l'apparence de prisons, ne soient défavorables au traitement des malades, et n'augmentent encore les préventions du public envers les médecins.

Dr MENDEL. UN CAS DE PARALYSIE PROGRESSIVE DES ALIÉNÉS.

Le Dr Mendel signale à la Société un cas de paralysie générale, remarquable par sa longue durée, l'apparition prématurée de la paralysie du moteur oculaire commun, la sclérose du cordon latéral avec contractures, et l'existence de lésions artérielles analogues à celles de l'artérite syphilitique.

Dr REINHARD. DE L'USAGE DES BAINS PERMANENTS DANS LE DÉCUBITUS GANGRÉNEUX D'ALIÉNÉS FRAPPÉS DE PARALYSIE.

Laehr et Jastrowitz opposent à ce moyen de traitement l'usage de matelas d'eau et l'application d'iodoforme sur les plaies.

Dr PELMAN. DIE FURSORGE FUR DIE EPILEPTICHEN [Du traitement des épileptiques.]

Le Dr Pelman regrette que la médecine ait, jusqu'en ces derniers temps, refusé ses secours aux épileptiques ; il les croit aussi dignes d'un traitement que n'importe quels autres malades et établit diverses catégories parmi eux. Les épileptiques aliénés, que leur état soit aigu ou chronique, appartiennent aux asiles. Ceux qui ne sont pas aliénés, mais incapables de ponrvoir à leur subsistance, doivent être recueillis dans une colonie agricole. — Les jeunes épileptiques pourraient être élevés dans des services annexés aux asiles d'idiots. Quant à ceux qui n'ont que passagèrement besoin des soins de l'hôpital, on pourrait les soumettre à un traitement polyclinique.

Dr TUCZEK. ZUR LEHRE VON DER HYPOCHONDRIE [Contribution à l'étude de l'hypochondrie].

Le Dr Tuczek cherche à établir, dans sa communication,

qu'il n'existe pas d'état psychique qu'on puisse appeler hypochondrie ; que les conceptions délirantes hypochondriaques sont une manifestation partielle d'une mélancolie ou de toute autre psychose, et qu'elles ne suffisent pas pour caractériser un état psychopathique, qu'enfin la mélancolie hypochondriaque ne se transforme jamaie en démence. D^r Ad. Rueff.

Neurologisches Centralblatt, publié par le Dr E. Mendel. 1re, 2e années. 15 août 1882 — 1er février 1883.

Tumeur cérébrale avec surdité centrale unilatérale (gauche), par A. Strümpell, de Leipzig. Lésion de la partie moyenne de la pariétale ascendante et des circonvolutions pariétales de l'hémisphère droit. L'outeur considère cette lésion comme ayant été la cause de la surdité, et appelle l'attention sur cette région de l'écorce pour la question de la localisation des sensations de l'ouïe. En outre, comme la malade avait perdu la facultéde localiser dans l'espace les perceptions de l'ouïe, il soutient que cette faculté est une fonction de l'audition binauriculaire, qu'elle dépend de la possibilité de comparer (inconsciemment) l'intensité des sons qui parviennent aux deux oreilles, et qu'elle disparaît dans la surdité unilatérale d'origine centrale.

Contribution à l'étude de la « réaction faradique des dégénérations, » par le Dr Alfred Kast, de Fribourg.

Dans les paralysies atrophiques, la réaction faradique est un symptôme clinique favorable ; il indique sûrement la régénération ou l'existence d'une lésion légère de l'appareil neuromusculaire, et permet d'espérer une terminaison favorable des phénomènes de paralysie.

Poliomyelitis anterior subacuta cervicalis circumscripta chez les adultes, par Eisenlohr, de Hambourg.

Autopsie dans un cas de paralysie spinale infantile datant de trois ans, par le professeur Frédéric Schultze, de Heidelberg.

« Wahnideen » et « Delirien, » par F. Siemens, de Marbourg. Définition de ces deux mots, dont le vague et l'obscurité produisent nombre de confusions.

Un cas de paralysie progressive, par O. Berger. Il s'agit d'une femme de 28 ans chez laquelle l'atrophie du cerveau paraît être la plus forte qui ait été constatée dans la paralysie progressive des aliénés, ce qu'explique la longue

durée de la maladie : ce cerveau pesait 850 grammes, soit 400 grammes en moins du poids moyen du cerveau de la femme, selon R. Wagner (1,250 grammes). Les poids les plus inférieurs des cerveaux de paralytiques, après plusieurs années de maladie, avaient été jusqu'ici de 950 grammes (Aleyer) et de 1,005 grammes (Simon).

Une modification dans l'emploi de l'hydro-sphygmographe de Mosso, par Paul Flechsig, de Leipzig. L'appareil modifié pourrait recevoir le nom d'aéro-sphygmographe.

Note sur l'étiologie de l'herpès zoster, par W. Erb. L'auteur incline à admettre la nature infectieuse de certaines formes de l'herpès zoster.

Du ralentissement de la conduction des impressions sensibles dans les lésions périphériques des nerfs, par W. Erb. L'opinion, généralement acceptée, qui attribue la cause de ce ralentissement à une altération constante de la substance grise de la moelle épinière, ne peut plus être admise sans restriction, et, en tout cas, n'est point toujours juste.

Discussions, par Richard Schulz : I. *Hypertrophie gliômateuse du pont et de la moelle allongée.*

Contribution à l'étude de la dégénération secondaire, par O. Biswanger, d'Iéna et C. Moeli, de Berlin. Résultats confirmatifs.

Contribution à l'étiologie de la tympanite aiguë des hystériques, par G. Ebstein, de Gœttingue.

Des troubles de la vision dans la paralysie progressive, par Hirschberg, de Berlin.

Recherches expérimentales sur l'entre-croisement des fibres des nerfs optiques dans le chiasma, par W. Bechterew, de Saint-Pétersbourg. Chez les animaux inférieurs, poissons, amphibies, oiseaux, l'entre-croisement des nerfs optiques dans le chiasma est complet. Mais, pour ce qui a trait aux animaux supérieurs et à l'homme, les résultats auxquels sont arrivés les anatomistes sont loin d'être d'accord. Hannover, Henle, et, récemment, Gudden, estiment que l'entre-croisement doit être incomplet ; Biesiadecki, Mandelstamm et Michel, croient, au contraire, que l'entre-croisement est complet. Pour concilier ces façons de voir opposées, quelques auteurs, tels que Flechsig, vont même jusqu'à invoquer l'existence de différences individuelles. La physiologie expérimentale a paru plus capable que l'anatomie de trancher cette question. Après les recherches

de Knoll et de Brown-Sequard, favorables à l'existence d'un entre-croisement parfait dans le chiasma, de Nicati, qui arriva à un résultat opposé, Bechterew a institué à son tour de nouvelles expériences, mais sur des animaux supérieurs, sur des chiens, par exemple, ce qu'on n'avait pas encore fait. Ces expériences ont confirmé pleinement les résultats auxquels l'histologie avait conduit Gudden : l'entre-croisement des fibres des nerfs optiques dans le chiasma du chien est incomplet.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Influence du système nerveux central sur la régulation thermique du corps des animaux*, par Arpad Bokai (*Orvosi hetilap*, 2-5, 8-10) : I. Influence de l'écorce cérébrale sur la température du corps ; II. Influence de la moelle épinière sur la température du corps. — *De l'action de la morphine sur l'intestin*, par Nothnagel (Virch. Arch. B. 89, 1). — *Histoire de la physiologie expérimentale du nerf accessoire de Willis*, par C. Eckhard, de Giessen (*Beitrage zur Biologie*, 1882). — *Le lobe frontal du cerveau*, par Herm. Munk (*Sitzungsberichte der Akademie d. Wissenschaften zu Berlin*, 1882) : comme Hitzig, Ferrier et Wundt considèrent toujours le lobe frontal comme le siège des fonctions supérieures de l'intelligence ; que, après la destruction du lobe frontal chez le chien, de Boyer n'a constaté aucun trouble des mouvements, et que Moolmann (et Goltz) n'ont pu confirmer les troubles moteurs observés par Munk, ce physiologiste reprend à nouveau ses expériences sur le lobe frontal des chiens et des singes. Conclusion : « l'écorce du lobe frontal participe dans la même mesure que tout autre territoire de l'écorce à ce qu'on appelle l'intelligence. » — *Etudes pour servir à une physiologie générale des substances capables de provoquer l'irritation*, par A. Guillebeau et B. Luchsinger, de Berne (*Pflüger's Arch. f. Psys.* Bd. 28). Les différentes sortes de poison (alcool, chloral, strychnine, morphine, curare, etc.) dont on avait nié l'action sur le système nerveux central des invétébrés, agissent en réalité sur le système ganglionnaire de ces êtres : toute la chaîne des ganglions n'est pas, à la vérité, également atteinte, à moins que, comme chez les vers annelés, chaque segment de l'animal ne présente tous les attributs d'un animal complet et indépendant. Mais plus les segments du corps d'un animal sont spécifiquement différenciés, plus l'action élective des poisons se porte sur

les centres ganglionnaires. Chez les invertébrés comme chez les vertébrés, le système nerveux central est donc le premier atteint. — *Etudes sur la moelle épinière*, par le même (*Ibid.*). La pensée qui guide Luchsinger dans ces recherches, c'est que, si les nerfs sensibles et moteurs d'une fonction sortent de la moelle épinière, la moelle épinière doit être le centre physiologique le plus prochain de cette fonction. — *Recherches sur le pouls cérébral*, par Sciamanna et G. Mingazzini (*Arch. di psichiatria*, 1882). — *Les adversaires des localisations cérébrales*, par E. Sciamanna (*Ibid.*). — *Sur les olives inférieures de la région bulbaire*, par Bechterew (clinique du prof. J. P. Merschewski. *Wratsch*, 1882, nº 35). Résultats auxquels est arrivé l'auteur en lésant plus ou moins profondément (il a opéré sur des chiens) les olives, sans toucher à aucune autre partie de la moelle allongée : 1. Mouvements de manège de l'animal autour de l'axe de son corps, du côté de l'olive lésée, nystagmus des deux yeux. Si la lésion était moins profonde, les animaux couraient en avant, ou ils se jetaient en arrière. 2. L'animal se tient constamment ou de temps en temps sur le côté où siège la lésion ; il se pelotonne et se couche en fer à cheval (la concavité correspond au côté intact). 3. Troubles de l'équilibre. Si les deux olives sont lésées, l'animal oscille d'un côté à l'autre ; si la lésion est unilatérale, il tombe du côté lésé ; ni la marche ni la station ne sont possibles. Donc, comme les canaux semi-circulaires de l'oreille interne et comme la substance grise qui environne la région de l'infundibulum du troisième ventricule, les olives sont dans une étroite connexion avec le cervelet. Les mêmes troubles se manifestent, en effet, lorsque ces organes sont lésés comme l'ont été ici les olives bulbaires. L'auteur admet, en outre, que nous possédons trois organes périphériques différents, dont dépend notre faculté de conserver l'équilibre, et que ces organes sont en rapport direct avec le cervelet. Chacun de ces organes est en connexion avec certains organes des sens, grâce auxquels il nous est possible de nous orienter dans l'espace. C'est ainsi que les canaux semi-circulaires sont en rapport avec l'appareil *auditif*. La substance grise de la région de l'infundibulum du troisième ventricule serait en rapport avec l'organe de la *vue*. Enfin des rapports anatomiques relieraient les olives aux organes du *toucher*. — *Contribu-*

tion à l'étude des crânes d'aliénés, par Sommer (*Virch. Arch.* 89-90 Bd.). — *La mémoire organique dans le mécanisme de l'écriture*, par G. Buccola (*Rivista di filosofia scientifica*, 1882). — *Rôle de la région de l'infundibulum du troisième ventricule dans la conservation de l'équilibre du corps*, par M. Bechterew, de Saint-Pétersbourg (*St-Petersb. med. Wochenschr.*, 1882, n° 2). La région de l'infundibulum et les canaux semi-circulaires de l'oreille interne sont des organes de fonction analogue ; les fibres de ces deux régions, croisées pour la première, non croisées pour la seconde, se rendent au cervelet, leur centre ; la fonction de ces deux organes est l'équilibre du corps. C'est aux lésions des canaux et de la substance grise de la région de l'infundibulum du troisième ventricule, qu'il faut attribuer les mouvements de manège et les vomissements observès chez les animaux en expérience, et cela par suite du vertige. L'existence de ces deux appareils régulateurs de l'équilibre explique, selon l'auteur, que l'un puisse suppléer à la destruction de l'autre. En outre, il remarque que, dans les changements de position du corps, le liquide encéphalo-rachidien qui remplit le troisième ventricule, doit jouer un rôle analogue au liquide (endolymphe) des canaux semi-circulaires. — *Contributions expérimentales à la théorie de l'influence du système nerveux sur les modifications pathologiques de la peau*, par Irsai et Babesin (*Vierteljahrsschrift f. Dermat. u. Syphilis*, 1882). Touchant la question de savoir si les maladies de la peau se développent sous l'influence vaso motrice ou trophique, les auteurs n'osent encore rien affirmer.

Recherches sur la structure des ganglions spinaux, par B. Rawitz (*Arch. f. mikroskopische Anatomie*. XXI, 2-22j uin 1883). Dans toute la série des vertébrés, il n'existerait, selon l'auteur, dans les ganglions spinaux, que des *cellules unipolaires*.

De la structure des cellules de la moelle épinière, par W. Flemming, Kiel (tirage à part des *Beitrage zur Anatomie und Embryologie*, 1882). I. Le protoplasma des cellules spinales ganglionnaires. II. Les noyaux des cellules spinales ganglionnaires : les cylindres axes ne se prolongent point à travers le protoplasma de la cellule jusqu'au noyau ; il est aussi peu permis de parler d'une origine des fibres nerveuses dans le nucléole. — *Contribution à l'anatomie du*

sillon du singe et des sillons interpariétaux chez l'homme, d'après la race, le sexe et l'individu, par Rüdinger (*Ibid.*).

BEITRAGE ZUR BIOLOGIE, Stuttgart, 1882.

Contribution à l'anatomie du centre du langage, par le professeur Rüdinger. Si le siège du langage est bien dans la troisième circonvolution frontale, on doit pouvoir y constater des différences anatomiques selon le degré d'intelligence auquel sont parvenus les différents êtres vivants. Aussi les recherches instituées par l'auteur touchant la troisième frontale ont-elles porté sur des hommes de culture très diverse, sur des microcéphales, des sourds-muets, des singes inférieurs et des anthropoïdes. Très nettement délimitée à la surface du cerveau chez l'orang et le chimpanzé, la troisième frontale se trouve, chez le gorille, au fond de la scissure de Sylvius. Le cerveau du gorille est donc à cet égard inférieur à celui de l'orang et du chimpanzé. Chez des cerveaux d'enfants microcéphales, qui ne savaient pas parler, la troisième frontale était rudimentaire. Chez une Hottentote, cette circonvolution fut trouvée très petite et très courte. Elle était aussi, chez un nègre, à un degré très bas de développement. La comparaison des troisièmes circonvolutions frontales gauches dans des cerveaux d'hommes et de femmes a révélé de grandes différences individuelles. Le volume de ces circonvolutions, le nombre des plis et des sillons, augmentent certainement avec le degré d'activité intellectuelle. Chez un avocat, distingué comme orateur, R. a trouvé que la troisième frontale mesurait 23 centimètres, tandis que la droite n'en avait que 16. Différence également remarquable entre les deux frontales du philosophe allemand Huber. Chez Buhl, connu par des travaux d'anatomie pathologique, la troisième frontale droite était plus forte que la gauche : très fort sur le violoncelle, ce savant se servait naturellement de sa main gauche pour toucher les cordes de l'instrument. Chez tous les hommes d'une culture inférieure, la symétrie se rétablit entre les deux circonvolutions frontales. Chez les sourds-muets, la troisième frontale gauche s'est *toujours* trouvée petite, tandis qu'à droite cette circonvolution était ou égale ou un peu plus grosse. « Le fait établi par ces recherches, conclut l'auteur, c'est que les singes et les

microcéphales n'ont qu'un rudiment d'une troisième circonvolution frontale ; — que, chez les sourds-muets, cette circonvolution, pour n'être point rudimentaire, n'en demeure pas moins très simple ; — et que, chez les orateurs remarquables, cette circonvolution présente un développement extraordinaire. Donc, l'hypothèse d'après laquelle le siège du centre du langage serait dans la partie latérale du lobe frontal est plus que vraisemblable. »

Recherches pour la détermination quantitative de la substance grise et de la substance blanche dans le cerveau humain, par le professeur J. Forster. *Les habitants des villes et des campagnes sous le rapport de la grosseur de leurs cerveaux*, par le professeur Jean Ranke (*Beitrage zur Biologie*, 1882) : Malgré les proportions inférieures de leurs corps, les habitants des villes des deux sexes présentent un développement plus considérable du cerveau que les habitants des campagnes.

JULES SOURY.

JOURNAUX ANGLAIS

LE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE

Dr J.-C. SHAW. — DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'HYOSCYAMINE.— L'auteur fait une étude historique très complète de la question et donne le détail des expériences faites sur des grenouilles et sur des lapins. Il a injecté l'alcaloïde en solution, sous la peau chez la grenouille, dans la veine jugulaire chez le lapin. Pour ces derniers animaux qu'il choisissait ordinairement de forte taille, il prenait la tension sanguine au kymographe. Voici les résultats de ses travaux :

1° L'hyoscyamine détermine la paralysie si on la prend à dose suffisante ; cette perte de puissance motrice est due à la paralysie des nerfs moteurs.

2° Elle n'exerce pas d'effet visible sur la sensibilité.

3° Elle n'a pas d'effet sur les muscles.

4° Elle diminue tout d'abord l'excitabilité réflexe, pour

l'augmenter ensuite ; elle tétanise par action sur la moëlle épinière, agissant à ce sujet comme l'atropine.

5° Elle produit d'abord l'élévation du pouls et de la tension artérielle, il survient ensuite un abaissement notable de l'une et de l'autre. La section des nerfs vagues n'a pas d'influence sur l'accélération primaire du pouls ni sur sa chute subséquente.

6° Après l'absorption de l'atropine, les modifications produites dans la fréquence du pouls par l'hyoscyamine ne sont plus caractéristiques.

7° L'irritation des nerfs vagues réduit la fréquence du pouls, mais cette réduction est peu sensible si on la compare à ce qui se passe à l'état normal ; on peut donc admettre que l'hyoscyamine paralyse en partie les fibres inhibitoires des nerfs vagues.

8° L'accélération du pouls est due à la paralysie partielle des fibres inhibitoires des nerfs vagues ; son ralentissement est le résultat d'une action de l'alcaloïde sur le cœur même.

9° L'élévation de la tension artérielle est produite par la stimulation du centre vaso-moteur principal ; cette élévation est à peine sensible après la section de la moëlle entre l'atlas et l'occiput.

10° La chute de la tension provient d'une paralysie partielle du centre vaso-moteur principal, et probablement aussi de l'action de l'hyoscyamine sur le cœur même.

Dr Græme M. Hammond. — Un cas de manie aigue avec abcès du foie. — Homme de quarante ans chez lequel on avait d'abord posé le diagnostic de paralysie progressive des aliénés. Une semaine après son entrée à l'hôpital on soupçonna un abcès du foie et une opération amena l'évacuation de huit onces de pus. L'opération fut bien supportée sans élévation de température, ni aucun symptôme fâcheux et les accidents cérébraux semblaient s'amender; cependant quelques jours plus tard, le malade eut des accès de manie, bien caractérisés malgré l'état de faiblesse qui était survenu et succomba enfin dans le coma. Le cerveau et les membranes présentaient des lésions de diverse nature. Le foie opéré neuf jours avant la mort, montrait une dépression d'un demi-pouce immédiatement au-dessous de l'endroit où l'aiguille de l'aspirateur avait péné-

tré. Sous cette dépression se trouvait une petite cavité de la dimension d'une noix. Ce cas, intéressant, au point de vue de la coïncidence des affections du foie et du cerveau l'est aussi par la rapidité dans la diminution de la cavité de l'abcès qui avait donné issue à huit onces de pus. C'est une nouvelle preuve, dit le docteur Hammond, de la facilité de la guérison des abcès du foie, même chez les gens délibités.

Dr Isaac Ott. — Du trajet des nerfs vaso-moteurs, sudorifiques et sensoriels dans la moelle épinière. — Le Dr Ott a fait des expériences sur des chats curarisés, chez lesquels on faisait la respiration artificielle. Les conclusions sont les suivantes :

1o Les fibres sensorielles s'entrecroisent dans une partie de la moëlle, chose que l'on a niée pour le chat.

2o Les fibres vaso-motrices agissent de la même façon.

3o Les nerfs sudorifiques suivent étroitement le trajet des vaso-moteurs.

4o Les fibres vaso-motrices circulent dans les colonnes latérales de la moëlle épinière.

M. Julius Mickle. Sclérose et atrophie bilatérale descendante secondaire du pont et de la moelle allongée ; myélite diffuse légère. Cas intéressant. Nous nous arrêterons aux points les plus importants du diagnostic différentiel tel que les établit l'auteur ;

Ainsi il différencie l'ataxie locomotrice de l'affection qu'il décrit, par l'étude de la démarche et des autres symtômes, des tabès dans la sclérose et l'atrophie des organes en question, ici on constate toujours l'existence du phénomène du genou ; la sensibilité des jambes et des bras à la chaleur est de beaucoup diminuée, il n'y a pas d'anesthésie plantaire, au moins jusqu'à une période très avancée de la maladie et l'occlusion des yeux, n'amène point ou à peine de dérangement dans l'équilibre ; il y a absence complète de douleurs fulgurantes et de douleurs en ceinture ; enfin, dans les deux affections, les détails de la marche présentent des différences frappantes pour l'œil exercé.

La différence entre l'affection étudiée par M. Mickle, la paralysie spinale spasmodique et la démarche spastique se fait par l'observation des points suivants :

Les caractères spastiques faisaient défaut et l'on remarquait également une différence considérable d'avec les symptômes de la paralysie spinale spasmodique. Les reflexes tendineux étaient peu ou point exagérés ; la direction des pieds était en dehors et les talons frappaient le sol en marchant (le patient ne marchait donc pas sur ses doigts de pieds) ; dans les périodes avancées de la maladie, le patient inclinait en arrière avec tendance à la chute dans cette direction (au lieu de la tendance à la chute en avant).

Comme indication positive, on remarquait à chaque pas du malade un tremblement convulsif et un trésaut, que l'on pouvait localiser à la jointure du genou; comme indication négative, absence de spasmes spontanés, phénomène de la cheville, ou de contractures permanentes quelconques, de rigidité ou de distortion des membres, cette sclérose différait en cela des traits offerts par la sclérose spinale latérale.

LE Dr EDWARD C. MANN. PHÉNOMÈNES CLINIQUES ET TRAITEMENT DU DELIRIUM TREMENS. Selon le Dr Mann les causes prédisposantes les plus importantes de cette affection au point de vue de l'organe cérébral et de sa circulation sont :

1° Les stimulations habituelles de nature quelconque, comme par exemple par les *drogues*, alcool ou opium ; ou bien le travail intellectuel prolongé, les tourments, les troubles émotionnels ou l'abus dans les rapports sexuels.

2° La prédisposition constitutionnelle aux névroses, un tempéramment nerveux prédisposant à l'aliénation mentale, à l'épilepsie et à la dipsomanie proprement dite.

3° Les anciennes affections du cerveau, comme l'encéphalite, laissent l'organe célébral dans un état qui constitue une prédisposition ; il en est de même des blessures à la tête, de l'insolation, en un mot de toutes les affections qui peuvent affecter le cerveau.

L'auteur continue son étude par l'examen des causes qui peuvent influer sur la composition du sang, enfin il prend à part chacun des viscères et examine la part qui lui revient dans le développement du *delirium tremens*.

La monographie du Dr Mann est une étude consciencieuse et circonstanciée, mais elle n'offre point de remède absolu aux *desiderata* qu'il indique lui-même dans le traitement des alcooiiques.

Dr. F. D. Crothers de Harlford. La neuratrophie comme cause d'inébriété. Étude clinique. Le Dr Crothers rapproche la neuratrophie de la névrasthémie et la définit : un défaut des centres nerveux dans l'accomplissement des fonctions normales de la vie. Pour lui cette affection précède souvent dans toutes les classes de la société, et en particulier chez les individus dont le travail est surtout musculaire, les habitudes alcooliques et le développement de l'alcoolisme. Le Dr Crothers présente plusieurs cas à l'appui de sa thèse et il se résume comme il suit :

1° La neuratrophie et la névrasthémie sont des conditions du cerveau et des nerfs qui prédisposent fortement à l'inébriété; elles préparent le terrain où les causes les plus légères peuvent alors faire germer l'habitude des liqueurs fortes ;

2° L'alcool comme remède contre cet état de neuratrophie, semble un narcotique séduisant, mais tout en allégeant la douleur, il augmente la dégérescence à laquelle on veut l'opposer ;

3° La connaissance de la neuratrophie comme cause active de l'alcoolisme, donnera des indications positives tant pour le pronostic que pour le traitement ;

4° L'inébriété et son traitement ne peuvent être bien compris que par l'étude clinique minutieuse des cas, par la connaissance de l'histoire complète du malade avant l'établissement des habitudes alcooliques.

American Journal of Insanity

Compte rendu de la réunion de « l'association des superintendants médicaux » des asiles d'aliénés tenne à Cincinnati au 30 mai 1882. Trois articles sur Guiteau, l'assassin du président Garfield. En vérité, tout a été dit à ce sujet, nous n'y reviendrons pas.

The Journal of Mental Science

M. le docteur W. J. Gairdner. Discours inaugural, *prononcé au « Meeting » annuel de l'association médico-psychologique à Glascow, le 2 août 1882.* — La réunion annuelle que la société médico-psychologique a tenue au « *College of Physicians and Surgeons* », à Glascow, s'est ouverte par

le discours d'usage du nouveau président. M. le professeur Gairdner, exprimant sa gratitude aux membres de la société qui l'ont mis à leur tête, fait remarquer qu'il est d'autant plus honoré de ce choix, qu'il n'est pas aliéniste, et cet acte de haute confraternité lui inspire des paroles qui sont fort applaudies.

Dans son discours, M. Gairdner fait l'historique du changement soudain qui se fit il y a presque un siècle dans le traitement appliqué aux aliénés, et il rapproche de la façon la plus heureuse, Pinel prenant ses ordres de Couthon en pleine Révolution française, avant de pouvoir faire tomber les chaînes des aliénés de Bicêtre, et William Tuke, le fondateur de la « Retreat at York » où le nouveau système de traitement était réalisé.

Il n'est pas besoin de rappeler de combien les mœurs et les coutumes différaient alors dans les deux pays; Tuke et Pinel ne se connaissaient pas et ne s'étaient certainement pas donné le mot, ils agissaient cependant simultanément, spontanément, et avec un égal succès.

C'est à partir de ce moment que les aliénés furent considérés comme des malades et non plus comme des possédés. Le professeur Gairdner insiste sur la nécessité de faire marcher le traitement essentiellement physique avec le traitement moral, et termine son discours au milieu des applaudissements unanimes de tous les membres.

M. CHARLES MERCIER. « THE DATA OF ALIENISM. » RECHERCHES SUR L'ALIÉNATION MENTALE. — M. Mercier publie la première partie d'un travail qui présente le plus haut intérêt au point de vue des recherches philosophiques et des données symptomatiques qui en découlent naturellement.

Pour l'auteur la somme totale des caractères d'un organisme quel qu'il soit, à un moment donné est le produit des trois facteurs suivants : l'organisme transmis, la variation individuelle et l'usure organique, c'est-à-dire les modifications et les détériorations physiologiques et pathologiques qui se développent à mesure que l'individu avance dans la vie. M. Mercier adhère dans ses développements à la doctrine de l'évolution telle que l'a énoncée Darwin. Aussitôt que le savant écrivain aura complété son ntéressant travail, nous en donnerons une analyse succinte.

Dr OSCAR JENNINGS.

JOURNAUX ITALIENS

GIORNALE DI NEUROPATOLOGIA
(Naples, juillet 1882, n° 1).

Nous souhaitons la bienvenue à ce nouvel arrivé parmi les recueils qui s'occupent de pathologie nerveuse.

Dans un article programme, M. le professeur Vizioli déclare qu'il a pour but de fonder un journal qui doit s'occuper exclusivement des maladies nerveuses, en s'adressant surtout aux médecins praticiens. Il abandonne la psychiâtrie aux spécialistes, considérant avec raison le domaine des névropathies comme suffisant pour occuper tout l'espace dont peut disposer un recueil périodique.

Nous sommes entièrement de l'avis de M. Vizioli quant à l'immensité du domaine dans lequel il compte se renfermer : nous croyons seulement qu'il est difficile d'en tracer les limites et que la frontière entre les affections mentales et nerveuses est souvent illusoire.

Ces réserves faites, nous applaudissons aux excellentes intentions de notre éminent confrère, et nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant de ses travaux.

Signalons ici deux mémoires originaux que contient ce premier numéro.

Professeur Vizioli. Deux cas de raideur musculaire avec légère hypertrophie.

Nous attendrons, pour analyser cet intéressant travail, qu'il soit complètement terminé.

Docteurs Cipolloni et Vizioli (Raphael.) Recherches expérimentales sur l'excitabilité de la couche corticale du cerveau. — En excitant par l'électricité la région de l'écorce qui correspond, d'après Ferrier, aux rameaux du facial inférieur, ces expérimentateurs obtiennent des contractions de certains muscles de la face. En excisant ensuite, avec des ciseaux courbes, la substance grise, puis en replaçant le lambeau dans ses rapports naturels, et en appliquant de nouveau l'excitateur électrique, ils n'obtiennent aucun mouvement. Ils en tirent la conclusion que l'excitation électrique n'atteint pas les parties blanches par diffu-

sion à travers les parties grises, puisque la section a pour effet de couper court à toute contraction musculaire.

ARCHIVIO ITALIANO PER LE MALATTIE NERVOSE, etc., 1882, (dernier fascicule, et 1883, fascicules I et II)

LIVIO VINCENZI. SCLÉROSE DE L'ALVÉUS DE LA CORNE D'AMMON CHEZ UN ÉPILEPTIQUE. — L'alvéus est cette bandelette de substance blanche qui recouvre la convexité de la corne d'Ammon, et se continue avec le tœnia.

Chez un épileptique mort dans l'asile des aliénés de Turin, M. Livio a trouvé les cornes d'Ammon petites, dures, et offrant une sclérose évidente de l'alvéus, qui s'étendait à la substance médullaire de la circonvolution de l'hippocampe, et aux piliers postérieurs du trigone cérébral.

PROFESSEUR MORSELLI. STATISTIQUE DE L'ÉPILEPSIE. — Les recherches statistiques fort nombreuses, dont les résultats ont été rassemblés par l'auteur, le conduisent aux conclusions suivantes :

Le chiffre absolu des épileptiques, calculé d'après les exemptions du service militaire motivées par le mal comitial serait d'un peu plus de *un* sur *mille* jeunes gens de 20 ans. Le professeur Sormani donne la proportion beaucoup plus élevée de 2 1/2 pour mille.

Le nombre des épileptiques séquestrés dans les asiles d'aliénés est 1,170. Le chiffre des aliénés vivant en liberté serait d'après l'éminent professeur d'environ 30,000. Cette population est très inégalement répartie. Le nord de la Sicile, Ravenne, Pise et Gênes, sont les points les plus gravement atteints. La province de Catania, qui est en tête de la liste, renferme une proportion d'épileptiques dix fois plus forte que celle de la province d'Udine, qui occupe le dernier rang.

La mortalité pour cause d'épilepsie est plus forte dans le Piémont et la Ligurie que partout ailleurs, ce qui tient d'après le professeur Morselli, à ce que dans ces deux provinces, l'épilepsie est surtout d'origine alcoolique. A ce propos, il fait observer que presque jamais, en Italie, l'épilepsie n'est occasionnée par l'absinthe, dont l'usage est fort peu répandu dans la Péninsule.

Il ne paraît exister aucun rapport fixe entre le nombre

des épileptiques que renferme la population d'une province, et celui des épileptiques enfermés dans les asiles, pour cause d'aliénation mentale.

Une carte coloriée, jointe à ce travail, permet de juger, d'un coup d'œil, la fréquence relative de l'épilepsie dans les diverses provinces du royaume.

Dr L. FRIGERIO. PARALLÈLE ENTRE LA FOLIE ALCOOLIQUE ET LA FOLIE PARALYTIQUE.

L'auteur, après avoir établi que la folie paralytique et la folie alcoolique constituent deux types morbides distincts, prétend que les excès alcooliques chez les paralytiques généraux prennent surtout le type de la dipsomanie. Il croit qu'il n'y a pas lieu d'admettre l'existence d'une pseudo-paralysie générale alcoolique.

Dr L. PETRONE. LE FER ROUGE DANS LE TRAITEMENT DES CONTRACTURES SPASMODIQUES,

L'auteur rapporte sept observations de contractures spasmodiques d'origine et de localisation fort diverses, et guéries par la cautérisation ponctuée. Il conseille de choisir les points où la pression simple paraît pouvoir arrêter l'accès spasmodique pour y porter le cautère. Dans les cas où de tels points n'existent pas, il conseille d'appliquer le fer rouge au niveau des apoplyses transversales des vertèbres.

Dr ALBERTOTTI. S N SIBIBITÉ TACTILE CHEZ LES ALIÉNÉS.

D'une longue série d'expériences pratiquées chez les aliénés, l'auteur conclut que le sens tactile, dans l'ensemble de ses manifestations, est notablement amoindri chez ces malades, et cela d'autant plus profondément que le trouble intellectuel est plus intense.

Xe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ITALIENNE. MODÈNE, 1882. — Nous trouvons dans l'*Archivio*, une analyse des travaux présentés au Congrès, se rattachant aux maladies mentales et nerveuses, et à l'anatomie et la physiologie du système nerveux. Ces travaux ne comprennent pas moins de trente-sept mémoires. Le défaut d'espace ne nous permet point d'en donner ici le résumé. Nous devons nous borner à signaler à nos lecteurs cette intéressante collection de documents scientifiques.

CRONICA DEL MANICOMIO DI SIENA. — UN CAS INTÉRESSANT DE MÉDECINE LÉGALE.— Une femme frappée à la tête éprouve

un accès d'aliénation mentale. Un procès s'engage et le trouble intellectuel est attribué par l'accusation au traumatisme éprouvé. D'après le rapport de l'expert, le Dr Angelo Lachi, cette question a été résolue par la négative.

RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIATRIA E DI MEDICINA LEGALE. 8e année, fascicules 2, 3 et 4.

Dr SEPPILLI. RECHERCHES SUR LE SANG CHEZ LES ALIÉNÉS. — FOLIE PELLAGREUSE. — Les recherches de l'auteur ont porté sur 55 aliénés pellagreux, dont 25 hommes et 3 femmes.

Le chiffre des globules rouges paraît être extrêmement variable; — maximum 5,300,000 par millimètre cube : minimum 2,212,000; moyenne oscillant entre 3,800,000 et 4,400,000.

L'abaissement du nombre des globules rouges est beaucoup plus marqué dans le sexe féminin. Le minimum observé chez les femmes est de 2,212,000 : chez les hommes, de 3,255,000. — De même, les chiffres élevés se rencontrent surtout dans le sexe masculin.

L'auteur conclut de ces recherches que dans la plupart des cas de folie pellagreuse il y a un certain degré (d'ailleurs très variable) d'hypoglobulie, et que cet etat est plus accentué chez la femme que chez l'homme.

La proportion entre les globules blancs et les globules rouges se maintient habituellement dans les limites normales.

La richesse du sang en hémoglobine diminue d'une manière habituelle chez tous ces malades, et chez certains d'entre eux, cette diminution peut atteindre des proportions vraiment excessives.

Enfin, lorsqu'il a été possible de pratiquer ces analyses chez les mêmes sujets à plusieurs reprises différentes, on a pu constater une amélioration manifeste, sous l'influence d'un traitement tonique, et d'une bonne alimentation. Ces effets favorables se manifestent plutôt chez les hommes que chez les femmes, qui paraissent être plus profondément atteintes par la maladie.

Dr RIVA. ALIMENTATION DES ALIÉNÉS SITIOPHOBES. — L'auteur insiste sur l'importance de joindre des aliments gras à ceux qui renferment des matières protéiques. Chez

certains sitiophobes nourris avec le bouillon, les œufs, le jus de viande, et le vin, il a vu se produire une diminution rapide du poids du corps, qui a été combattue avec succès par l'huile de foie de morue.

Il est très important, dit-il, de fournir en abondance de l'eau à l'économie; il faut donc l'administrer soit par des clystères, soit par la sonde œsophagienne.

Enfin, les repas doivent être fréquents, il faut les répéter au moins trois fois par jour. Pour éviter les inconvénients d'un cathétérisme œsophagien trop souvent répété, on peut laisser la sonde en place, suivant l'exemple de M. Krisbaber. — Enfin il est très important de veiller scrupuleusement à la propreté de la bouche, et de ne point laisser obstruer le canal de Sténon, ce qui peut amener des parotidites fort graves.

Professeur Morselli. Poids spécifique de l'encéphale chez les aliénés.

La première partie de ce travail est exclusivement consacrée à l'historique de la question.

Dans la seconde partie de ce travail, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Le poids spécifique du cerveau, chez les aliénés, est supérieur en moyenne à celui des individus sains d'esprit. — Les variations individuelles, chez les aliénés, sont supérieures à celles qu'on observe chez les sains d'esprit. — Le cervelet et le mésocéphale ont une densité plus grande chez les fous. — Les formes alcooliques et épileptiques de l'aliénation mentale sont celles où le poids spécifique du cerveau est le plus élevé. — Les formes chroniques (démence, délire systématisé) offrent en général un poids plus élevé que les formes aiguës. — Quand le cerveau se trouve comprimé par des exsudats ou des tumeurs, son poids spécifique augmente. — Il diminue dans les maladies chroniques non accompagnées de compression. — Les maladies aiguës des poumons, des reins et de la peau augmentent la densité spécifique du cerveau ; les maladies chroniqnes la diminuent.

Professeur Tamburini et Dr Seppilli. Contributions a l'étude expérimentale de l'hypnotisme.

D'après les auteurs, l'état léthargique de l'hypnotisme

est caractérisé ; en ce qui touche la motilité, par l'exagération de la contractilité et des reflexes tendineux ; par la facilité à produire la contracture paradoxale de Wesphal, et par la réaction des muscles sous l'influence des agents esthésiogènes. En ce qui touche la sensibilité, par l'hyperesthésie acoustique et ovarienne ; en ce qui touche la respiration, par la profondeur et la fréquence des inspirations, et par la réaction des muscles respirateurs sous l'influence des aimants. En ce qui touche la circulation, par l'augmentation de volume des vaisseaux périphériques.

L'état cataleptique est au contraire caractérisé par la flexibilité plastique de membres, et la diminution des reflexes tendineux ; par l'anesthésie complète ; par la lenteur et l'imperfection des mouvements respiratoires ; enfin par la contraction des vaisseaux périphériques.

L'état somnambulique est caractérisé essentiellement par une contracture générale et permanente.

Ces divers états peuvent s'obtenir par le même stimulant, à la condition d'en augmenter graduellement l'intensité et la durée.

Les excitants thermiques amènent la cessation de tous ces états.

L'application unilatérale de ces moyens produit l'apparition ou la cessation de ces phénomènes dans la moitié du corps à laquelle ils sont appliqués.

Dans l'état hypnotique, l'activité des centres volontaires conscients étant suspendue, tout l'axe cérébro-spinal se trouve dans un état d'excitabilité exagérée qui, par l'excitation des centres sensoriels, psychiques ou moteurs, donne lieu à tous les phénomènes qui ont été signalés.

Dr Seppilli. Les réflexes tendineux étudiés dans l'état physiologique, dans les maladies nerveuses, dans les phrénopathies.

L'auteur étudie ces phénomènes dans les maladies spinales, dans l'hystérie et dans l'aliénation mentale.

Professeur Bianchi. Contribution a l'étude des compensations fonctionnelles de l'écorce cérébrale.

L'auteur, partisan convaincu de la doctrine des localisations cérébrales, cherche à réfuter les objections tirées du rétablissement des fonctions motrices, chez les chiens

auxquels on a extirpé certaines portions de l'écorce cérébrale.

Il n'est guère possible d'analyser ce travail qui, malgré son titre, s'appuie plutôt sur le raisonnement que sur l'expérimentation, et dont les conclusions ne se détachent point nettement de l'ensemble.

DOCTEURS GAGLIO ET MATTEI. INEGALITÉ DE VOLUME ET DE POIDS DES DEUX HÉMISPHÈRES CÉRÉBRAUX.

D'après les auteurs, les hémisphères cérébraux sont rarement égaux en poids ; habituellement, le droit est plus lourd que le gauche; la différence moyenne, qui est de 4 grammes, est surtout accentuée chez les vieillards.

Dr AMADEI. CAPACITÉ DU CRANE CHEZ LES ALIÉNÉS.

La capacité crânienne paraît être moins considérable chez les aliénés que chez les sujets sains d'esprit. Mais on ne peut établir aucune règle relative aux diverses formes d'aliénation mentale. C. V.

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

(Janvier 1883).

CHRONIQUE. — Le nouveau projet de loi sur les aliénés. — Le délire des négations. — Des guérisons tardives dans l'aliénation mentale. — L'abus de la morphine et son rôle au point de vue médico-légal. — Les aliénistes victimes des aliénés.

SUR LA THÉORIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. le Dr BAILLARGER. — Ce travail sera analysé ultérieurement.

LES ENFANTS MENTEURS, par M. le Dr BOURDIN. — Mémoire lu à la Société medico-psychologique dans les séances du 13 et du 27 novembre 1882.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES GUÉRISONS TARDIVES, par M. le Dr GIRAUD. — Pour répondre à l'appel de M. Luys, qui a demandé des observations vraiment authentiques et

scientifiquement rédigées de guérison tardive de la folie, M. Giraud publie neuf observations de formes aiguës de manie ou lypémanie, dans lesquelles la guérison a été obtenue au bout d'un temps variant entre seize et cinq années.

DES HALLUCINATIONS DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. BAILLARGER. — Observation de paralysie générale avec haliucinations de l'ouïe et qui se prolonge pendant dix-sept ans.

CRISES HYSTÉRIQUES CHEZ UN HOMME ATTEINT DE PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. le Dr REY.

OBSERVATION D'UN CAS DE GUÉRISON APRÈS HUIT ANS DE SÉJOUR A L'ASILE, EXTRAITE TEXTUELLEMENT DES NOTES MENSUELLES, par M. le Dr SIZARET.

(Mars 1883.)

CHRONIQUE. — Nouveau projet de loi sur les aliénés. — Délire mélancolique propre aux malades affectés d'ataxie locomotrice. — Des rapports existant entre les traumatismes et la paralysie générale. — Plusieurs cas identiques de folie aiguë chez des sœurs jumelles. — Desiderata dans le service des aliénés aux États-Unis.

CAS DE GUÉRISON RAPIDE DE LYPÉMANIE AVEC MUTILATION, par M. le Dr SIZARET.

PROJET DE LOI PORTANT RÉVISION DE LA LOI DU 30 JUIN 1838 SUR LES ALIÉNÉS.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

(Année 1882.)

INFLUENCE DU TRAUMATISME SUR LA PRODUCTION DE LA CONTRACTION SPASMODIQUE DANS DES CAS D'HYSTÉRIE FRUSTE CHEZ LES DEUX SEXES, par M. le Dr DE RANSE, (N° 49). — Deux observations de contracture hystérique d'origine traumatique, qui démontrent que chez l'homme comme chez la femme il peut se rencontrer des formes frustes d'hystérie que parfois on ne soupçonne même pas jusqu'au jour où un accident quelconque vient fournir l'occasion d'en constater l'existence. Dans le premier cas c'est une jeune fille qui a été blessée à la main par un éclat de verre ;

dans le second c'est un homme qui a été brûlé par une barre de fer rouge.

FOYER DE RAMOLLISSEMENT INTÉRESSANT LA SCISSURE DE ROLANDO, LES CIRCONVOLUTIONS FRONTALE ET PARIÉTALE ASCENDANTES DANS LEUR TIERS MOYEN; MONOPLÉGIE BRACHIALE PERSISTANTE ; ENCEPHALITE SECONDAIRE DU FOYER ET DE SON POURTOUR ; IRRITATION DU CENTRE MOTEUR DU FACIAL INFÉRIEUR ; ÉPILEPSIE PARTIELLE LIMITÉE AUX MUSCLES DE LA FACE CORRESPONDANTS DU CÔTÉ OPPOSÉ A LA LÉSION CÉRÉBRALE, par M. le Dr RAYMOND. (N° 51.)

CENTRE MOTEUR DU MEMBRE INFÉRIEUR, par M. le Dr RAYMOND et M. DERIGNAC, interne des hôpitaux. (N° 52.) — Observation venant confirmer le siège du centre moteur du membre inférieur qui réside dans la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et aussi dans la partie la plus élevée du lobule paracentral au niveau du bord supérieur de l'hémisphère.

FRANCE MÉDICALE.

(Année 1882.)

MÉNINGITE TUBERCULEUSE CÉRÉBRO-SPINALE, par M. MATHIEU, interne des hôpitaux. (N° 67.)

DIAGNOSTIC DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE AU DÉBUT, par M. le Dr GREFFIER. (N° 68.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉVOLUTION DES MALADIES INTERCURRENTES CHEZ LES ÉPILEPTIQUES BROMURÉS, par M. LE GENDRE, interne des hôpitaux. (N° 70.) — M. Le Gendre conclut, avec observations à l'appui, que, chez les épileptiques soumis à l'influence habituelle du bromure de potassium, l'évolution des affections intercurrentes est souvent modifiée surtout à leur début, l'état réel du malade étant marqué par une apparence plus ou moins typhoïde, et il est prudent pour affirmer diagnostic et pronostic que le brome ait été éliminé en partie. Après qu'une maladie fébrile est venue interrompre pendant un certain temps le traitement bromique, il faut se hâter de reprendre celui-ci, dès que la convalescence s'établit, car on doit s'attendre à voir les attaques épileptiques réapparaître avec une intensité et une fréquence d'autant plus grandes qu'elles ont manqué plus longtemps.

NÉCROLOGIE

LASÈGUE

Une des personnalités les plus remarquables de notre époque vient de s'éteindre.

Notre excellent maître et ami le professeur Lasègue est mort le mardi 20 mars à l'âge de 66 ans.

Les regrets unanimes que cette perte inspire sont encore plus vifs chez ceux qui, après avoir recu les enseignements de ce maître sympathique ont largement profité de sa bienveillance. Mais il s'agit d'une figure qui appartient désormais à l'histoire, et faisant taire nos sentiments personnels, nous chercherons à en tracer impartialement le portrait.

Par son éducation première, Lasègue paraissait destiné à l'enseignement universitaire. Après avoir pris le grade de licencié ès-lettres, il fut chargé d'un cours de philosophie. Mais bientôt le désir d'accroître ses connaissances le porta vers les études médicales, et c'est par la pathologie mentale qu'il entra dans la médecine, car c'est à la Salpétrière qu'il fit son stage réglementaire. Cette première étape dans le cours de ses études devait laisser une empreinte indélébile sur son esprit, et bien qu'il ait été professeur de pathologie générale et de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, il est toujours resté aliéniste avant tout, et c'est surtout comme tel qu'il passera à la postérité.

Deux hommes ont exercé une immense influence sur son esprit ; le premier est son maître Trousseau, le second est son ami Claude Bernard. On sait partout que Lasègue, après avoir été chef de clinique de Trousseau, est resté le plus intime de ses amis et a puisé dans les enseignements du maître une grande partie de ses propres opinions ; mais on ne sait pas

en général que pendant plusieurs années il a dirigé avec Claude Bernard une maison d'éducation : et très certainement cette juxtaposition a réagi sur l'un et l'autre de ces deux puissants esprits, inspirant à l'expérimentateur des idées philosophiques, et dirigeant le philosophe vers les études scientifiques. L'amitié de ces deux hommes devait durer aussi longtemps que leur vie, malgré la diversité de leur carrière et la divergence de leurs opinions.

Lasègue, reçu docteur en 1846, aborda bientôt la carrière des concours à laquelle ses brillantes facultés semblaient l'avoir prédestiné d'avance : il devint presqu'en même temps médecin des hôpitaux et agrégé de la Faculté. Chargé à diverses reprises du cours de pathologie générale, il y fit preuve des aptitudes professorales les plus éminentes et conquit une légitime popularité qui devait le conduire à occuper comme titulaire la chaire où il avait brillé comme agrégé. Il n'y resta cependant que deux ans, puis passa au mois de décembre 1867 à la chaire de clinique médicale qu'il a gardée jusqu'à sa mort.

Mais pendant que sa carrière médicale se développait avec éclat, Lasègue avait poursuivi parallélement pour ainsi dire le cours de ses premières études médicales. Nommé par Dufaure médecin des aliénés au dépôt de la Préfecture de Police, chargé pendant plus de trente ans de l'interrogatoire des malades amenés à cet établissement central, il acquit une vaste et profonde expérience du diagnostic de la folie et puisa, dans le nombre immense des observations qu'il eut ainsi l'occasion de recueillir les matériaux d'une longue série de travaux intéressants. Bientôt les tribunaux l'appelèrent comme expert, et c'est surtout dans la sphère médico-légale que s'est faite la réputation de Lasègue. Sa célébrité était dès lors établie ; elle devint encore plus grande lorsque chargé comme agrégé du cours complémentaire des maladies mentales et nerveuses à l'École de

médecine, il inaugura un enseignement dont le succès dépassa toute attente.

Bien que l'étude des maladies mentales ait toujours exercé sur Lasègue le plus puissant attrait, il tenait essentiellement à rester médecin. C'était un spécialiste doublé d'un homme pourvu de l'éducation la plus complète et doué des aptitudes les plus diverses. Comme directeur des *Archives générales de médecine*, il donna la mesure de ses capacités non seulement en insérant dans ce recueil de nombreux mémoires originaux, mais aussi en appliquant à l'analyse des travaux d'autrui sa critique pénétrante et sévère et sa vaste érudition. Enfin, en 1876, il fut nommé membre de l'Académie de médecine.

Chargé de fonctions si diverses et dont chacune aurait semblé pouvoir suffire à l'activité d'une vie tout entière, professeur éloquent, écrivain fécond, spécialiste renommé, praticien répandu, Lasègue n'a pas eu le temps ni peut-être la volonté de laisser derrière lui une œuvre magistrale. A part le *Traité des angines*, qui n'a pas un rapport direct avec les études de prédilection de son auteur, il n'existe aucun livre résumant les idées, les opinions, et l'expérience de Lasègue. Il faut chercher sa pensée dans une foule de publications éparses, dans une longue série d'articles divers dont quelques-uns, comme le mémoire sur le *délire des persécutions*, sont restés justement classiques. Il n'appartient qu'à la postérité de juger en dernière analyse la valeur de ses innombrables travaux; mais il appartient aux contemporains, à ceux qui ont senti l'étreinte bienveillante de sa main et qui ont eu le privilège d'écouter sa parole, de consacrer le souvenir de ces qualités éphémères et charmantes qui sont le propre de l'individu et qui disparaissent avec lui. Il faut avoir entendu la conversation de Lasègue, aux moments où l'inspiration s'emparait de lui, pour apprécier cette merveilleuse intelligence : il suffit de l'avoir

approché pour rendre hommage aux qualités morales qui lui ont assuré l'estime et la sympathie non seulement de ses élèves et de ses proches, mais aussi de tous ceux qui l'ont connu. En un mot, cet homme si remarquable à tant de points de vue divers réalisait cette alliance d'une haute intelligence et d'une nature morale élevée, qui constitue en quelque sorte l'idéal de l'humanité et qu'il nous est si rarement donné d'atteindre. B. B.

KRISHABER

Notre excellent ami, Maurice Krishaber, vient de succomber à une pneumonie aiguë. Cette figure sympathique, si justement appréciée dans le monde médical, appartient par quelques côtés à la médecine mentale. Né à Felecetehegy, en Hongrie, en 1836, venu jeune à Paris, après de premières études médicales à Vienne et à Prague, reçu docteur en médecine de notre Faculté en 1864, Krishaber s'est rapidement élevé à une grande et légitime réputation par de nombreux travaux qui tous portent l'empreinte d'une remarquable originalité.

C'est surtout comme chirurgien et comme laryngologiste que Krishaber s'est fait connaître. Mais ses rapports intimes avec Claude Bernard, dont il a été l'un des élèves les plus distingués, l'ont porté de bonne heure vers les études physiologiques et lui ont inspiré des recherches extrêment intéressantes dans cet ordre d'idées.

Krishaber a été interne à Charenton, où il a été l'élève de M. Calmeil. Sa thèse de doctorat a pour sujet *le Développement de l'Encéphale*, et bien que le cours de ses études l'ait éloigné de la psychiatrie, il a toujours conservé pour cette branche des sciences médicales un penchant très prononcé. Tout récemment encore, il rédigeait avec notre vénérable

maître, M. Baillarger, l'article *Crétinisme* du dictionnaire encyclopédique qui constitue un des meilleurs travaux que nous possédions sur cette matière.

Mais le titre le plus important de Krishaber en ce qui touche la pathologie du système nerveux est son mémoire sur la *Névrose cérébro-cardiaque*, affection généralement décrite à l'étranger sous le nom de *maladie de Krishaber*. Dans ce travail, l'auteur décrit l'une des formes les plus curieuses de l'ischémie cérébrale fonctionnelle, et l'on doit reconnaître qu'il a sous ce rapport ouvert un vaste champ aux investigations pathologiques.

Krishaber avait été plusieurs fois lauréat de l'Institut, et quelques jours avant sa mort, l'Académie des Sciences lui avait décerné le prix Monthyon pour ses recherches sur l'*inocubililité et la contagion de la tuberculose chez le singe*.

La science a perdu en lui un travailleur infatigable, la profession médicale, un de ses membres les plus justement estimés. Quant à ses amis, il est inutile de dire leurs regrets : ceux-là seuls qui l'ont approché peuvent apprécier le vide qu'il laisse derrière lui.

B. B.

NOUVELLES

Par arrêté ministériel, en date du 5 avril, M. Albert Regnard, a été nommé inspecteur général des services administratifs (asiles d'aliénés) en remplacement de M. le Dr Lunier.

M. le docteur Legrand du Saulle, est nommé médecin en chef de l'Infirmerie spéciale des aliénés, près le dépôt de la préfecture de police, en remplacement de M. le professeur Lasègue, décédé.

M. le docteur P. Garnier est nommé premier médecin adjoint de l'Infirmerie spéciale des aliénés.

M. le docteur Ch. Féré, est nommé deuxième médecin adjoint de l'Infirmerie spéciale des aliénés.

Saint-Quentin, — Impr. J. Moureau et fils.

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

LES FAMILLES DES ALIÉNÉS

AU POINT DE VUE BIOLOGIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'HÉRÉDITÉ DANS LES MALADIES MENTALES (1)

Par B. BALL,

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine

et E. RÉGIS

Ancien chef de Clinique à la Faculté de Paris
Médecin résidant de la Maison de santé du Castel d'Andorte

III. — CARACTÈRES BIOLOGIQUES DES FAMILLES DE 100 VÉSANIQUES OU ALIÉNÉS PROPREMENT DITS.

1° LONGÉVITÉ.

Première génération (*Grands-Parents*). — Sur les 400 grands-parents de 100 individus atteints de folie proprement dite ou vésanie, il en est 169 sur l'âge desquels, au décès ou à l'heure actuelle, nous avons pu nous renseigner.

Sur ces 169, 8 vivent encore, 161 sont morts. L'âge moyen de ces 161 grands-parents, pris au moment du décès, est de 68,57, c'est-à-dire de 68 ans et demi, environ.

En séparant les grands-parents du *côté paternel* de ceux du *côté maternel*, on trouve :

(1) Suite. — Voyez 1re partie in *Encéphale*, 1883, n. 4.

Du côté paternel : 42 grands-pères, donnant, comme moyenne d'âge au moment de leur mort : 65,17, ou un peu plus de 65 ans, et 39 grand'mères, donnant, elles, 65,15, ou également un peu plus de 65 ans ; ce qui porte la moyenne, pour l'ensemble des grands-parents du côté paternel, à 65,16, c'est-à-dire à 65 ans environ.

Du côté maternel : 37 grands-pères, donnant, comme moyenne d'âge au moment de leur mort, 72,51, ou 72 ans et demi, et 43 grand'mères, donnant 70,46, ou 70 ans et demi ; ce qui porte la moyenne, pour l'ensemble des grands-parents du côté maternel, à 71,48, c'est-à-dire à environ 71 ans et demi.

En séparant les grands-parents du *sexe masculin* des grands-parents du *sexe féminin*, on trouve, pour les premiers : 42 grands-pères paternels donnant ensemble 65,17, et 37 grands-pères maternels donnant ensemble 72,51 ; en moyenne, 68,84 ou près de 69 ans ; pour les seconds, 39 grand'mères paternelles donnant 65,15, et 43 grand'mères maternelles donnant 70,46, ce qui porte leur moyenne d'ensemble à 68,31, c'est-à-dire à près de 68 ans et demi.

Nous résumons ici, d'une façon générale, l'ensemble de ces résultats :

Age moyen des grands-parents réunis . .	68,57	
Côté paternel		
Grands-pères	65,17	65,16
Grand'mères	65,15	
Côté maternel		
Grands-pères	72,51	71,48
Grand'mères	70,46	
Grands-parents masculins		
Grands-pères paternels.	65,17	68,84
Grands-pères maternels	72,51	
Grands-parents féminins		
Grand'mères paternelles	65,15	68,31
Grand'mères maternelles.	70,46	

En se plaçant à un point de vue moins général, et sans entrer dans le détail des faits, on trouve que sur les 161 grands-parents dont tel a été l'âge moyen au décès, il a existé :

Centenaires : 5 — *Nonagénaires* : 7
Octogénaires : 34 — *Septuagénaires* : 50
Sexagénaires : 27 — *Quinquagénaires* : 20
Quadragénaires : 12 — *Trentenaires* : 5
Vingtenaires : 1

Deuxième génération (Parents). — Sur les 200 parents des 100 aliénés vésaniques, dont nous étudions la famille, il en est 190 sur l'âge desquels, au décès ou à l'heure actuelle, nous avons pu nous renseigner exactement. 10 seulement nous sont restés inconnus.

Sur les 190 dont le sort nous a été indiqué, 118 sont morts et 72 sont encore vivants.

Les 118 morts se répartissent de la façon suivante : 64 pères, donnant, comme moyenne d'âge au moment de leur décès, 56,94 ou environ 57 ans, et 54 mères, donnant, elles, 57,40 ou 57 ans 1/2, soit ensemble 57,17 ou un peu plus de 57 ans.

On y trouve : 6 octogénaires, 23 septuagénaires, 31 sexagénaires, 23 quinquagénaîres, 23 quadragénaires, 10 trentenaires, 2 vingtenaires.

Les 72 parents encore vivants se répartissent ainsi :

32 pères, dont l'âge moyen, pris à l'heure actuelle, est exactement 63,00, et 40 mères, dont l'âge moyen est 58,55, c'est-à-dire 58 ans 1/2, soit ensemble 60,77 ou 60 ans 1/2 environ.

On trouve, sur ces 72 parents encore vivants : 3 octogénaires, 10 septuagénaires, 30 sexagénaires, 18 quinquagénaires, 10 quadragénaires.

2° Natalité.

Troisième génération (Frères et Sœurs). — Sur les

100 familles de vésaniques que nous étudions, nous avons trouvé 485 individus à la troisième génération, c'est-à-dire 485 frères et sœurs des malades, eux compris, ce qui donne comme chiffre moyen de natalité, 4,85, c'est-à-dire un peu moins de 5 naissances par famille.

Le détail, pour chaque famille, est le suivant :

Il existait	1	individu	dans	14	familles
—	2	individus	—	10	—
—	3	—	—	15	—
—	4	—	—	18	—
—	5	—	—	8	—
—	6	—	—	8	—
—	7	—	—	7	—
—	8	—	—	3	—
—	9	—	—	7	—
—	10	—	—	3	—
—	11	—	—	3	—
—	13	—	—	2	—
—	nombre inc.	—	—	2	—

Quatrième génération (Enfants). — Sur les 100 aliénés vésaniques que nous étudions, nous avons trouvé 46 célibataires et 54 mariés, hommes ou femmes.

Les 54 mariés ont, ensemble, 153 enfants, soit une moyenne de 2,83 chacun, c'est-à-dire d'un peu moins de 3.

3° Vitalité.

Deuxième génération (Parents). — Sur les 200 parents des aliénés, dont nous étudions la famille, il en est 199 dont le sort nous est connu.

De ces 199, 120 sont morts, 79 sont vivants à l'heure actuelle, soit 60 0/0 morts et 39 1/2 0/0 vivants.

Les 120 morts se composent de 64 pères et de 56 mères, soit 64 0/0 pères morts et 56 0/0 mères mortes.

Les 79 vivants se composent de 35 pères et de

44 mères, soit 35 0/0 pères vivants et 44 0/0 mères vivantes.

Troisième génération (Frères et Sœurs). — Sur les 485 individus nés à la troisième génération dans les familles de nos 100 aliénés, 211 sont morts et 274 sont vivants encore à l'heure actuelle, soit :

Décédés	43,34 0/0
Vivants	56,66 0/0

Les 211 morts se répartissent de la façon suivante, au point de vue de l'âge auquel ils ont succombé :

Morts-nés ou par suite de fausses couches.	14	ou	6,63 0/0
Morts en bas âge (de 0 à 3 ans) . . .	113	ou	53,55 0/0
— De 3 à 10 ans	13	ou	6,62 0/0
— De 10 à 20 ans	6	ou	3,30 0/0
— De 20 à 30 ans'.	21	ou	9,95 0/0
— De 30 à 40 ans	13	ou	6,62 0/0
— De 40 à 50 ans	9	ou	5,00 0/0
— A un âge inconnu	22	ou	10,00 0/0

Quatrième génération (Enfants). — Sur les 153 enfants de nos 54 aliénés mariés, 66 sont morts et 87 sont encore vivants à l'heure actuelle, soit :

Décédés. . . .	43,17 0/0
Vivants	56,83 0/0

Les 66 morts se répartissent de la façon suivante, au point de vue de l'âge auquel ils ont succombé :

Morts-nés ou par suite de fausses couches	6	ou	7,57 0/0
Morts en bas âge (de 0 à 3 ans) . . .	40	ou	60,60 0/0
De 3 à 10 ans.	6	ou	7,57 0/0
De 10 à 20 ans	4	ou	6,06 0/0

4° Morbidité.

En réunissant, dans un même tableau de *morbidité*. comme nous l'avons fait pour les familles normales et pour les familles de paralytiques généraux, les 1,400 individus appartenant à des familles d'aliénés vésaniques, sur lesquels roule notre étude, nous avons pu déterminer la nature des affections les plus fréquentes dans ces familles.

Il résulte de ce tableau (ci-contre), qu'en dehors

TABLEAU DE LA MORBIDITÉ

DANS LES FAMILLES DE 100 INDIVIDUS ATTEINTS DE FOLIE PROPREMENT DITE OU VÉSANIE

	Grands-parents.	Oncles et tantes paternels	Pères.	Oncles et tantes maternels	Mères.	Frères et sœurs.	Enfants.	Total.		Total général
ivants	8	30	35	27	44	274	87	505	Vivants.	505
connus	192	»	4	»	»	»	»	196	Inconnus.	196
orts nés	»	4	»	4	»	20	17	45	Mort-nés ou d'affections inconnues.	261
orts d'affections inconnues : De 0 à 3 ans	»	4	»	14	»	77	10	105		
Au-dessus	63	19	5	2	»	20	2	111		
eillesse, enfance	54	4	4	»	»	»	»	62	Morts par vieillesse, affect. chirurgicales ou par débilitation générale.	126
ccidents, affections chirurgicales, etc	12	3	2	2	3	10	3	35		
ébilitation, misère, rachitisme, athrepsie, etc	10	1	1	3	5	9	»	29		
onvulsions, méningite	»	»	»	2	»	22	13	37	Morts par affections cérébrales et médullaires.	66
poplexie, affections cérébrales indéterminées	8	2	4	»	2	1	»	17		
aralysie cérébrale, paralysie infantile	6	2	1	»	2	1	»	12		

Hystérie, catalepsie	[illegible]	3	1	1	3	1	5	16	Nervosime, névroses, suicide, folie.	92
Épilepsie	»	»	»	»	2	»	3	5		
Suicide	1	1	1	1	»	2	»	6		
Chagrins, émotions	»	1	4	»	»	»	»	5		
Folie	3	2	2	1	1	»	»	9		
	2	7	6	7	17	9	3	51		
Affections cardiaques	»	»	1	»	4	1	»	6	Affections de l'appareil circulatoire.	16
Anévrysmes	»	»	1	1	1	1	»	4		
Hydropisie	3	»	2	»	»	1	»	6		
Phthisie	1	3	4	3	4	15	1	31	Affections de l'appareil respiratoire.	79
Affections pulmonaires diverses	11	1	9	1	6	2	2	32		
Angine, croup, asthme	3	»	3	3	1	2	4	16		
Affections intestinales diverses	4	»	1	»	»	2	»	7	Affections de l'appareil digestif.	11
Affections de la vessie, albuminurie, rétention d'urine	1	3	»	»	»	»	»	4		
Alcoolisme	8	»	6	»	»	»	»	14	Maladies générales	22
Syphilis	»	1	»	»	»	»	»	1		
Goutte	»	»	»	»	1	»	»	1		
Rhumatisme	2	»	1	»	»	»	»	3		
Cancer	2	»	»	»	»	1	»	3		
Scarlatine, variole, rougeole	2	»	1	»	2	5	2	12	Fièvres éruptives, maladies aiguës généralisées.	27
Fièvre typhoïde	»	»	1	»	1	6	1	9		
Choléra	2	»	»	»	1	3	»	6		
TOTAUX	400	91	100	72	100	485	153	1401		1401

des maladies de tout ordre, rangées sous la rubrique vieillesse, affections chirurgicales, débilitation générale, etc., les maladies les plus communes dans les familles d'aliénés vésaniques sont les affections mentales (Nervosisme, suicide, chagrins, folie, etc.). Puis viennent successivement et par ordre de fréquence les affections de l'appareil respiratoire, les affections cérébrales, les maladies aiguës généralisées, les diathèses, enfin, les affections des appareils circulatoire et digestif.

Il faut encore remarquer que les 100 malades atteints de vésanie pris pour base de ces recherches et qui figurent parmi les vivants, doivent être portés à l'actif des maladies mentales, ce qui élève le chiffre de celles-ci à 192, c'est-à-dire à environ 35 0/0 du total de la morbidité.

Une autre particularité à signaler à cet égard, c'est que la folie est plus fréquente chez les mères que chez les pères des aliénés, puisque sur les parents de nos 100 malades, nous avons trouvé 17 mères atteintes d'aliénation mentale, et seulement 6 pères; résultat qui concorde avec ce fait indiqué par plusieurs observateurs et notamment par M. Baillarger, que l'hérédité, dans la folie, provient plus fréquemment du côté maternel que du côté paternel. En revanche, les cas de suicide paraissent être plus commun chez les pères que chez les mères d'aliénés, si l'on s'en rapporte à nos observations.

Comparaison, au point de vue biologique, des familles d'aliénés vésaniques avec les familles normales et les familles de paralytiques généraux.

Si nous comparons les résultats statistiques fournis par l'étude des familles des aliénés vésaniques avec

ceux que nous avons précédemment tirés de nos recherches sur les familles normales et les familles des paralytiques généraux, nous voyons que ces résultats diffèrent notablement entre eux, ce qui revient à conclure que les caractères biologiques des familles d'aliénés vésaniques diffèrent à la fois de ceux des familles normales et de ceux des familles de paralytiques généraux.

En ce qui concerne la *Longévité*, nous voyons tout d'abord que, si l'âge atteint par les ascendants de nos malades est, d'une façon générale, plus élevé que celui des ascendants d'individus normaux, cette différence est très peu sensible, et, en tout cas, que cet âge reste notablement au-dessous de celui que nous avons trouvé chez les ascendants des paralytiques généraux.

Ainsi, tandis qu'à la première génération, l'âge moyen des grands-parents, dans les familles normales, est de 65, 80, il est de 68, 57, dans les familles de vésaniques, c'est-à-dire de moins de 3 ans de plus, seulement, tandis que dans les familles de paralytiques généraux, il est de 74, 09, c'est-à-dire de près de 9 ans de plus.

Chez les vésaniques, comme chez les paralytiques, ce sont les grands-parents du côté maternel qui fournissent la moyenne d'âge la plus élevée, tandis que la différence est très peu sensible entre les grands-parents de l'un et de l'autre sexe.

A la génération suivante, c'est-à-dire chez les parents, l'âge moyen, dans les familles de vésaniques, l'emporte à peine sur celui que nous avons trouvé dans les familles normales. Ainsi, tandis que l'âge moyen des parents morts, dans ces dernières, est de 56, 82, il est de 57, 17, c'est-à-dire presque identique dans les familles de vésaniques, tandis que dans les

familles de paralytiques généraux, il est de 60, 88, c'est-à-dire de 4 ans de plus.

Nous devons faire remarquer qu'on rencontre un peu plus fréquemment dans l'ascendance des vésaniques que dans l'ascendance des individus normaux, des cas de longévité exceptionnelle. C'est ainsi que sur les grands-parents de nos malades, nous avons trouvé 5 centenaires et 7 nonagénaires, chiffres évidemment assez élevés.

En résumé, on peut dire que dans les familles d'aliénés vésaniques, l'âge moyen des ascendants tient le milieu entre celui qu'on observe dans les familles normales et dans les familles de paralytiques généraux, mais qu'il se rapproche bien davantage du premier que du second.

En ce qui concerne la *Natalité* nous nous trouvons en présence de résultats pour ainsi dire analogues.

Ainsi, dans les familles normales, à la troisième génération, le chiffre moyen des naissances est de 4, 58, c'est-à-dire d'un peu plus de 4 1/2. Dans les familles de vésaniques, nous le trouvons de 4, 85, c'est-à-dire presque identique, tandis que dans les familles de paralytiques généraux il est de 6, 14, c'est-à-dire beaucoup plus élevé.

De même, dans les familles de vésaniques comme dans les familles normales, les chiffres de naissances au-dessus de 10, à la troisième génération, sont relativement rares, tandis qu'au contraire ils sont assez fréquents dans les familles de paralytiques généraux à la même génération.

A la génération suivante les résultats sont semblables, c'est-à-dire que le chiffre moyen des enfants nés d'un aliéné vésanique, est, à des différences infinitésimales près, analogue à celui des enfants nés d'un individu normal. En effet, chez les individus normaux,

ce chiffre est de 2, 73, et chez les vésaniques, de 2, 83. Ici, comme nous l'avons déjà fait remarquer précédemment, les résultats fournis par les familles des paralytiques ne s'éloignent pas sensiblement des résultats physiologiques, puisque le chiffre moyen des enfants nés d'un paralytique général est exactement de 3, ainsi que nous l'avons vu ; d'où il résulte qu'on peut dire que les aliénés et les paralytiques généraux ont à peu près exactement le même nombre d'enfants que des individus normaux, pris au même âge et dans les mêmes conditions.

En résumé donc, la *Natalité*, dans les familles de vésaniques, est sensiblement la même que dans les familles normales, et, par conséquent, très inférieure, au moins à la troisième génération, à celle qu'on trouve dans les familles de paralytiques généraux.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire observer que sur 100 aliénés vésaniques, pris au hasard, entre 30 et 50 ans, nous n'avons trouvé que 54 mariés et 46 célibataires, tandis que sur 100 individus normaux pris au même âge et dans les mêmes conditions, il n'existait que 24 célibataires, et 25 seulement aussi sur les 100 paralytiques généraux que nous avons pris précédemment pour base de notre étude. Sans vouloir en tirer aucune conclusion importante, nous nous bornons à signaler le fait qui présente, certainement, quelque intérêt.

L'étude comparative de la *Vitalité*, dans les trois espèces de familles que nous avons en vue, nous montre que, dans les familles d'aliénés vésaniques, la vitalité est moindre que dans les familles normales, mais qu'elle est cependant sensiblement plus élevée que dans les familles de paralytiques généraux.

Ainsi, à la deuxième génération, le chiffre moyen des parents morts, dans les familles normales est de

57 0/0 et celui des vivants de 42 0/0. Dans les familles de vésaniques, le chiffre des parents morts est de 60 0/0 et celui des vivants de 40 0/0 ; ce qui constitue, comme on le voit, des résultats presque identiques; tandis que dans les familles de paralytiques généraux ces chiffres sont : celui des morts de 67, 1/2 0/0 et celui des vivants de 32 1/2 0/0 ; c'est-à-dire que la vitalité y est beaucoup moindre, et, par conséquent la mortalité beaucoup plus forte.

A la génération suivante, les résultats ne sont point tout à fait analogues, car la vitalité diminue dans les familles d'aliénés vésaniques pour se rapprocher de celle qu'on observe dans les familles de paralytiques généraux, sans cependant être aussi amoindrie.

Ainsi, dans les familles normales, le chiffre moyen des décès, à cette génération, est de 32, 75 0/0, et celui des survivances de 67, 25 0/0 ; dans les familles de vésaniques, le chiffre moyen de décès est de 43, 34 0/0 et celui des survivances de 56, 66 0/0, chiffres qui s'éloignent comme on le voit, des premiers, mais qui se rapprochent assez de ceux obtenus dans les familles de paralytiques généraux, où l'on trouve 49, 18 0/0 comme chiffre des décès, et 50, 82 0/0 comme chiffre des survivances; si l'on comprend toutefois dans ces dernières les 100 paralytiques pris pour type, et dont la fin, inévitable à brève échéance, vient diminuer de beaucoup encore le chiffre de la vitalité dans ces familles à la troisième génération.

A la quatrième génération, le chiffre de la vitalité, dans les familles de vésaniques, tient encore le milieu entre celui qu'on observe dans les familles normales et dans les familles de paralytiques généraux. Ainsi, il est de 46, 06 0/0 dans ces dernières, de 61, 64 0/0 dans les familles normales et de 56, 87 0/0 dans les familles de vésaniques.

Un point intéressant à signaler, c'est que dans les familles de vésaniques, comme dans les familles de paralytiques généraux, le chiffre de la mortalité est plus élevé, au bas âge, que dans les familles normales. On trouve même que ce chiffre de la mortalité au bas âge est aussi élevé à la quatrième génération dans les familles de vésaniques que dans les familles de paralytiques généraux.

L'étude comparative de la *Morbidité*, dans les familles que nous étudions, nous conduit enfin à des résultats pleins d'intérêt. Nous avons vu précédemment que les familles de paralytiques généraux présentaient, au point de vue de la morbidité, ces deux particularités importantes, à savoir que le chiffre des aliénés, chez elles, n'était pas plus élevé que dans les familles normales, tandis qu'au contraire elles présentaient un nombre considérable de cérébraux ; à ce point que l'aptitude aux maladies cérébrales pouvait être considérée, chez elles, comme la caractéristique de la morbidité. Dans les familles de vésaniques, les résultats sont différents. Ici, les maladies cérébrales, de beaucoup moins fréquentes que dans les familles de paralytiques généraux, le sont à peine davantage que dans les familles normales ; tandis qu'au contraire les affections mentales, (folie proprement dite, suicide, etc., etc.), y tiennent la tête pour la fréquence, au point que les affections mentales constituent, dans ces familles, la caractéristique de la morbidité.

En résumé, l'étude comparative de la morbidité, dans les trois espèces de familles que nous avons étudiées, nous conduit à ces conclusions importantes :

1° Que dans les familles normales, les causes de la mort, très divisées, se partagent en proportions presque égales pour les différents groupes de maladies,

et qu'il n'existe pas, dans ces familles, une tendance spéciale aux affections répétées d'un même appareil;

2° Que dans les familles de paralytiques généraux, les causes de la mort se concentrent très activement sur les affections cérébrales, en sorte que la tendance aux affections cérébrales constitue, dans ces familles, la caractéristique de la morbidité, la fréquence de la folie ne s'y montrant pas plus grande que dans les familles normales.

3° Que dans les familles d'aliénés vésaniques, il existe également une aptitude très marquée à un ordre spécial de maladies; non plus toutefois les maladies cérébrales, comme dans les familles de paralytiques généraux, mais les maladies mentales, c'est-à-dire la folie proprement dite; en sorte que cette aptitude morbide spéciale différencie à la fois ces familles des familles normales, où il n'existe aucune aptitude de ce genre, et des familles de paralytiques généraux, où elle est tout autre.

Ainsi se trouve confirmée la première partie de notre étude, dans laquelle nous avons vu que les familles de paralytiques généraux n'étaient, au point de vue biologique, ni des familles normales, ni des familles d'aliénés proprement dites, mais bien des familles de cérébraux.

L'étude à laquelle nous venons de nous livrer et qui sert pour ainsi dire de contre-épreuve à la première, nous montre en effet que les familles d'aliénés vésaniques, ne sont, au point de vue biologique, ni des familles normales, ni des familles de cérébraux. La longévité et la natalité, chez elles, se rapprochent presque des chiffres physiologiques. La vitalité y est moindre que dans les familles normales sans être toutefois aussi amoindrie que dans les familles de paralytiques généraux, et quant à la morbidité, elle y est tout à fait spéciale et caractéristique. *(A suivre.)*

DE LA NÉVRALGIE EN GÉNÉRAL (1)

Par M. NICAISE

Chirurgien des hôpitaux.

L'extension que tendent à prendre les opérations que l'on pratique sur les nerfs, en particulier dans les névralgies, oblige le chirurgien à avoir une connaissance exacte de leurs symptômes et de leur pathogénie, afin de pouvoir poser les indications et les contre-indications d'une intervention opératoire.

La névralgie est un syndrome clinique qui appartient en réalité à des états morbides différents des nerfs et des centres nerveux, dont les uns ne s'accompagnent d'aucune altération appréciable, dont les autres présentent des altérations variées, trop peu accusées pour qu'il soit possible de les reconnaître sur le malade, et de les classer dans les autres cadres de la pathologie des nerfs. Comme les troubles fonctionnels sont les mêmes, à quelques variantes près, dans ces différents états, on maintient ceux-ci réunis sous la dénomination de névralgies, tout en s'efforçant de rechercher tous les signes qui permettent de préciser le diagnostic anatomique ; aussi ce groupe va-t-il en diminuant avec les progrès de l'anatomie pathologique et de l'analyse clinique.

Nous admettrons trois grandes variétés de névralgies : les névralgies symptomatiques, les névralgies réflexes et les névralgies idiopathiques.

Nous ne traiterons ici que des névralgies des nerfs de la vie de relation.

(1) Ce travail fait partie d'une *étude générale sur les maladies chirurgicales des nerfs* qui doit paraître dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, Tome III, actuellement sous presse. Paris, J.-B. Baillière, 1883.

Toute douleur n'est pas une névralgie. Celle-ci est une douleur vive, spontanée, survenant par accès, rémittente et siégeant ou paraissant siéger sur le trajet des nerfs.

Les *causes des névralgies* peuvent être divisées en causes prédisposantes, en causes générales (diathésiques et dyscrasiques de Huchard), et en causes déterminantes.

Les névralgies sont exceptionnelles dans l'enfance, fréquentes de vingt à soixante ans, et rares au-dessus de cet âge. Le sexe féminin semble être une prédisposition ; l'hérédité joue aussi un certain rôle, en donnant aux descendants une constitution favorable au développement de la névralgie. Les tempéraments lymphatiques, nerveux, sont prédisposés. Certains états physiologiques, comme la menstruation, la grossesse, prédisposent aussi aux névralgies. Les professions qui exposent à des transitions brusques de chaleur et de froid, les logements humides et mal exposés, certains états de l'atmosphère sont encore des causes prédisposantes. D'après W. Mitchell, les douleurs seraient plutôt en rapport avec l'abaissement de la pression atmosphérique (dans les orages, par exemple) qu'avec les changements de la température ; mais l'humidité de l'atmosphère reste la cause la plus favorable ; il y aurait encore à rechercher l'influence de l'électricité atmosphérique.

Des *causes générales* peuvent amener des névralgies, que Huchard désigne sous le nom de *névralgies diathésiques, dyscrasiques, toxiques ;* celles-ci seraient sous la dépendance d'une altération du sang. « Le sang, ce modérateur des nerfs, est privé, dit-il, d'un certain nombre de globules, il porte son action sur les nerfs, et détermine l'exaltation de leurs propriétés. »

Ces causes générales se rencontrent dans l'anémie, la chlorose, l'hystérie, la grossesse, l'allaitement, la convalescence, les cachexies, la syphilis, l'impaludisme, les intoxications par le plomb, le mercure, dans la maladie de Bright, le diabète (névralgies symétriques, Worms), la grippe, la fièvre catarrhale, la rougeole, etc.; mais souvent aussi dans l'arthritisme, le rhumatisme, la goutte.

Les *causes déterminantes* se divisent en causes périphériques qui agissent sur les nerfs, causes centrales qui agissent à distance ou par action réflexe.

Les *causes périphériques* renferment toutes les causes de traumatisme des nerfs eux-mêmes, qui amènent la *névralgie traumatique*, que l'on peut souvent rattacher à une congestion, à une inflammation des nerfs; elle comprennent encore les corps étrangers des nerfs, les maladies et les tumeurs deces organes, l'enclavement d'un nerf au milieu d'un cal, sa compression par du tissu cicatriciel, par l'éburnation du tissu osseux (ostéite névralgique, Gosselin), névralgie des édentés (Gross).

Il faut y ajouter les altérations du nerf amenées par une lésion des parties voisines ; enfin le froid, qui joue souvent un rôle important dans le développement de certaines névralgies, particulièrement chez les arthritiques (névralgies rhumatismales).

Les *causes centrales* comprennent les lésions des centres nerveux ou de leurs enveloppes (tumeurs, etc., lésions des noyaux d'origine du nerf).

Les *névralgies réflexes* sont amenées par la maladie d'un organe plus ou moins éloigné. Huchard s'exprime ainsi à leur sujet : « Par suite d'une sympathie existant entre les organes profonds et les parois qui les recouvrent, des affections internes très variées, douloureuses on non douloureuses, font passer dans

les nerfs des parois les mêmes impressions morbides que les ramifications viscérales ont subies. » A cette classe de névralgies appartiennent les névralgies lombo-abdominales et autres qui se montrent dans les affections de l'utérus, de l'ovaire, dans les orchi-épididymites (Ch. Mauriac), etc. On pourrait peut-être y faire rentrer certaines des *névralgies traumatiques secondaires précoces* de Verneuil, qui se manifestent dès le début du travail réparateur, et dont nous parlerons plus loin. Elles se distinguent des *névralgies traumatiques primitives* résultant de la blessure des nerfs, et des *névralgies traumatiques secondaires tardives* qui se montrent après le travail de cicatrisation, dans les amputations, par exemple.

Le *symptôme* essentiel et souvent unique de la névralgie est la *douleur*, qu'il faut distinguer en *douleur spontanée* et douleur à la pression ; la première se présente souvent sous deux formes, une douleur continue et une douleur rémittente.

La *douleur continue* s'accuse par une sensation de tension, de pression, d'endolorissement, elle affecte de préférence certains foyers déterminés qui seraient le point de départ des douleurs rémittentes.

La *douleur rémittente* présente quelquefois une périodicité régulière (douleur intermittente), elle est aiguë et se montre sous forme de douleurs paroxystiques, d'élancements, de déchirements, de piqûres, d'arrachements, de brûlures, de commotions électriques, de secousses douloureuses. Elle se montre par accès pendant lesquels les douleurs se répètent plusieurs fois par minute, ou seulement une, deux, trois fois en un quart d'heure, etc. La durée totale de l'accès est très variable, quelques minutes, quelques heures, plusieurs jours, etc. Quand ces douleurs sont très rapprochées, les malades ressen-

tent de l'agitation, une anxiété plus ou moins vive, de l'insomnie, et l'état général peut finir par se modifier et par présenter une sorte de nervosisme acquis. Quelquefois les douleurs diminuent ou disparaissent même au moment d'occupations importantes et forcées. Ces élancements ont des foyers où ils restent fixés pendant le même accès ou pendant une partie de sa durée ; d'autres fois ils s'accompagnent d'irradiations douloureuses.

Dans d'autres cas les foyers se déplacent et se portent, soit vers la racine des nerfs (névralgie ascendante de Cotugno), soit, le plus souvent, vers leur extrémité.

En un mot, le déplacement des foyers ne suit pas la loi qui préside à la propagation des impressions périphériques, il ne suit pas généralement la direction de l'influx nerveux ; nous savons, il est vrai, d'après les expériences de P. Bert, que les nerfs sensibles sont capables de conduire dans les deux sens.

On a dit, depuis Valleix, que ces foyers étaient précisément les points douloureux que la pression faisait découvrir : si cela est vrai pour un grand nombre de cas, il n'en est pas cependant toujours ainsi.

Quant à la direction des élancements, elle varie : tantôt l'élancement a lieu sur place, tantôt sous forme d'éclairs (douleurs fulgurantes) qui suivent le trajet d'une branche nerveuse, tantôt il y a plusieurs irradiations douloureuses partant du même point.

Douleur à la pression. — Une pression exercée par une large surface, la paume de la main, calme généralement la douleur. Avec l'extrémité du doigt, au contraire, on détermine sur le trajet du nerf, en un ou plusieurs points, une douleur quelquefois très

vive; si on répète la pression, on finit par ne plus déterminer qu'une douleur légère.

La pression exaspère la douleur continue et quelquefois détermine l'explosion des élancements.

D'après Valleix, les *points douloureux* sont aux points d'émergence des troncs nerveux, aux points où ils deviennent superficiels, aux points où les filets nerveux traversent les muscles ou les aponévroses, aux points où les rameaux nerveux s'épuisent dans les téguments. Le même auteur pensait que la douleur de la névralgie affectait exclusivement les nerfs sous-cutanés ou qui entretiennent la sensibilité tactile; mais souvent la pression sur les nerfs profonds est douloureuse.

Les points douloureux à la pression manquent fréquemment. Trousseau a voulu leur substituer les *points apophysaires*, points douloureux sur les apophyses épineuses, mais ils n'ont rien de caractéristique dans les névralgies, même intercostales, où ils peuvent faire défaut.

Le nombre des points douloureux sur le trajet d'un nerf varie dans chaque cas. Ils peuvent avoir un ou deux centimètres de diamètre, quelquefois ils ont des limites très nettement circonscrites, d'autres fois plus diffuses.

En général l'intensité de la douleur à la pression est en rapport avec celle de la douleur spontanée. Non seulement la pression, mais les efforts, les mouvements du malade, le contact des corps chauds ou froids, ramènent les élancements.

Symptômes concomitants. — Pendant les accès on peut observer de l'injection des parties malades, de la congestion, une augmentation des sécrétions (du mucus, des larmes, de la sueur, etc.), de l'hypéresthésie ou de l'anesthésie cutanées, des mouvements

convulsifs (tic douloureux); s'il se montre de la paralysie, c'est qu'il y a une lésion grave du nerf.

En outre de ces troubles locaux, on peut rencontrer des sensations générales, de l'agacement, de l'anxiété, du vertige, de l'inaptitude au travail. A la fin des attaques le malade rend quelquefois des urines abondantes et aqueuses.

Quand la névralgie est ancienne, des troubles trophiques peuvent se montrer; on a signalé l'hypertrophie d'une moitié de la face (Axenfeld), la chute des cheveux, et dans ces derniers temps l'adipose sous-cutanée et l'atrophie musculaire; mais alors il y a névrite ou lésion médullaire (Landouzy, Fernet).

Enfin la santé générale des malades peut être modifiée, ils deviennent impressionnables, les digestions s'altèrent.

Ces symptômes de la névralgie peuvent se rencontrer dans toutes les espèces étiologiques, mais les *névralgies traumatiques secondaires précoces* de Verneuil présentent quelques particularités.

Elles se montrent généralement, d'après l'auteur, en dehors de toute lésion matérielle des nerfs, après la cessation de la douleur primitive due à la blessure et à la lésion des nerfs, et dès le début du travail réparateur de la plaie, c'est-à-dire dans le premier septénaire; elles diffèrent des névralgies tardives qui se montrent après la cicatrisation (*névralgies des cicatrices et des moignons*).

Ces névralgies s'accompagnent de contractions cloniques, de contracture, de parésie, d'altérations des bourgeons charnus (congestion, ecchymose, hémorragie); la plaie prend quelquefois un aspect diphthéroïde; enfin on peut rencontrer des phénomènes généraux, de la fièvre, des vomissements.

Verneuil en distingue plusieurs variétés d'après le siège :

1° Douleur locale limitée au foyer traumatique;

2° Douleur locale avec irradiations périphériques;

3° Douleur locale avec indolence périphérique et manifestation à distance;

4° Douleur locale périphérique et distante tout à la fois;

5° Indolence locale, douleur uniquement à distance.

Ces névralgies sont intermittentes et calmées par le sulfate de quinine.

La *marche* de la névralgie est en général irrégulière. Le début peut être brusque ou graduel, précédé d'une sensation de gêne. Les attaques ont une durée variable, elles sont rémittentes, quelquefois intermittentes, comme dans l'intoxication palustre; les accès douloureux, les élancements qui la constituent sont plus ou moins rapprochés les uns des autres, et plus ou moins violents.

La *durée* de la névralgie peut être de quelques jours, de plusieurs mois, de plusieurs années: l'étude des causes rend compte de toutes les variations que nous signalons ici; la névralgie est donc ou fugace, ou rebelle.

La *terminaison* des névralgies n'est jamais mortelle, mais elles peuvent modifier l'état général du malade, réagir sur son moral et le conduire au suicide. Dans certains cas, la névralgie disparaît graduellement, en s'épuisant pour ainsi dire; quelquefois au moment de sa disparition définitive ou de celle des attaques, on observe des phénomènes dits critiques, des éruptions cutanées, de la diarrhée, des urines abondantes et aqueuses. La névralgie cesse généralement quand il survient une maladie intercurrente. Dans d'autres cas sa disparition coïnciderait avec des métastases congestives, ou plus souvent avec le développement d'autres névralgies.

La *physiologie pathologique* de la névralgie n'est pas encore complètement connue. Quelle est la *cause de la douleur*, en quoi consiste-t-elle? Est-ce une excitation spéciale des propriétés du nerf, un affaiblissement particulier ou une modification de la conductibilité? on ne le sait; mais il paraît établi, qu'il n'y a pas une lésion unique, ni une cause toujours semblable pour expliquer la douleur. Rigal admet une lésion de l'élément nerveux ou un trouble dans les échanges moléculaires.

Ce trouble pourrait être constitué « par une de ces « modifications très positives quoique inconnues en « elles-mêmes, dont on trouve les analogues dans « l'aimantation du fer doux, le passage d'un courant « électrique à travers un fil de métal, dans ces mu- « tations singulières des propriétés que les chimistes « désignent sous le nom d'isomérisme. »

Ouspenky, partisan de la théorie centrale des névralgies, suppose que chaque douleur est provoquée ou du moins accompagnée par la formation de produits qui proviennent des métamorphoses du système nerveux et qui influent ensuite sur ce dernier. Ces produits seraient de l'acide lactique et du biphosphate de soude. La douleur cesserait par la neutralisation de ces produits et leur résorption par les vaisseaux sanguins.

Quel est *le siège de la névralgie?* « A quelle sorte « de lésion du système nerveux sont-elles dues? dit « Vulpian. Ou siègent ces lésions? S'agit-il d'une « congestion ou d'une irritation inflammatoire du « nerf affecté? Est-ce le tronc nerveux lui-même qui « est altéré? Sont-ce ses extrémités périphériques? « Sont-ce ses extrémités centrales? Est-ce le centre « nerveux?

« Tandis que pour divers pathologistes, les névral-

« gies ont leur siège ordinaire à la périphérie des « nerfs, ou dans une partie plus ou moins étendue « des cordons nerveux, je crois que, dans un grand « nombre de cas, l'altération, qui cause ces affections, « siège vers les extrémités centrales des nerfs : le « plus souvent peut-être dans la moelle épinière ou « dans ses membranes. »

Deux théories, en effet, ont été proposées au sujet de la localisation des névralgies.

La *théorie centrale*, soutenue par Vulpian, qui placerait les lésions de la névralgie dans la moelle ou dans ses membranes ; par Anstie, qui admet dans toute névralgie, une lésion de la racine sensitive des nerfs dans son trajet intra-spinal et de leur noyau gris, etc.

La *théorie périphérique*, soutenue par Axenfeld et Huchard qui disent : les névralgies ont leur siège dans quelques-unes seulement des fibres sensitives composant les branches nerveuses ; elles occupent toute la longueur ou quelques points isolés de leur trajet. Dans un grand nombre de cas, le siège de la douleur est réel et non virtuel, c'est-à-dire que la douleur est produite dans les lieux mêmes où les malades l'accusent et non simplement sentie comme si elle s'y produisait.

Mais néanmoins, la moelle épinière joue un rôle dans la production et la généralisation des douleurs névralgiques et dans le développement des irradiations douloureuses périphériques ; en outre, la lésion, de périphérique qu'elle était au début, peut devenir centrale, ainsi que nous l'avons déjà vu, à propos de la névrite. Les excitations douloureuses parties de la périphérie et des nerfs malades gagnent les cellules médullaires (noyaux sensitifs des colonnes de Clarke (Pierret), et par leur intermédiaire déterminent ces irradiations multiples.

Enfin la moelle intervient directement dans les troubles trophiques, dans les paralysies vaso-motrices.

La découverte des *fibres récurrentes* est venue jeter un jour nouveau sur la question. Elle explique pourquoi l'influence des nerfs sensitifs s'étend en dehors de leur zone de distribution anatomique, une même région peut être reliée aux autres par plusieurs troncs ou branches nerveuses, en raison même de l'existence de ces fibres remontant dans le trajet des troncs voisins. C'est ainsi que dans un cas Tripier fit cesser une névralgie du cubital en comprimant le filet cutané du brachial externe du radial ; ceci rend compte aussi de l'insuccès de certaines névrotomies.

Enfin Cartaz explique par les fibres récurrentes : et l'existence des points douloureux et le siège des névralgies. En effet, d'après les recherches d'Arloing et Tripier, les fibres récurrentes, à la face, par exemple, s'arrêtent au-dessous des trous osseux pour se perdre dans les tissus voisins. Or, ces points pourvus d'un riche réseau nerveux répondent précisément aux points douloureux de Valleix. Pour Cartaz, certaines névralgies dites fonctionnelles auraient pour cause des *névrites périphériques* du tronc nerveux ou des filets ou réseaux terminaux.

En résumé, on peut admettre les trois propositions suivantes établies par Huchard :

1° Certaines névralgies sont primitivement périphériques par leur siège et restent toujours périphériques pendant toute leur évolution ;

2° D'autres peuvent être primitivement périphériques et devenir secondairement centrales ;

3° D'autres enfin sont primitivement centrales.

Le *diagnostic des névralgies* présente les plus grandes difficultés, quant à ce qui concerne leur cause et leur nature intime ; nous essayerons de l'établir aussi

exactement que possible. Rappelons d'abord les signes caractéristiques des névralgies.

La névralgie est caractérisée par une douleur spontanée, rémittente, entée souvent sur une douleur sourde continue. Elle siège sur le trajet des nerfs et s'irradie généralement du centre vers la périphérie. La douleur reparaît souvent à la pression en des points déterminés, et s'accompagne de certains troubles fonctionnels.

I. Il faut d'abord faire le diagnostic de la névralgie d'avec d'autres *douleurs d'origine centrale ou périphérique*.

La *myosalgie* occupe non le trajet des nerfs, mais celui des muscles, elle se réveille à chaque contraction, et ne présente ni irradiations ni accès.

Les *douleurs ostéocopes de la syphilis* sont généralement symétriques.

Les *douleurs des empoisonnements chroniques par l'alcool ou le mercure*, sont le plus souvent continues, limitées aux extrémités et péri-articulaires.

Mais c'est surtout avec les douleurs des *myélites postérieures*, de l'*ataxie locomotrice*, que le diagnostic doit être précisé. Ces douleurs ne siègent pas sur le trajet des troncs ou des branches nerveuses et ne s'exagèrent pas par la pression ; elles consistent en une série d'élancements qui se produisent dans une région circonscrite et quelquefois parcourent de haut en bas toute l'étendue du membre. Elles sont comparables à la sensation que produit l'étincelle électrique (douleur en éclair), d'autres fois elles sont plus persistantes et donnent la sensation d'une vrille (douleur térébrante) qui pénètrerait dans les os ou les articulations.

L'*irritation spinale* offre des points apophysaires qui sont caractéristiques, de l'hypéresthésie cutanée,

des congestions viscérales, des désordres parétiques des membres inférieurs.

La névralgie survient quelquefois *chez un épileptique* et devient alors l'occasion d'attaques de diverse nature. Il faut s'enquérir avec soin de ces phénomènes par un examen minutieux du malade. Dans un cas de névralgie du nerf dentaire inférieur chez un homme adulte sujet à des attaques comateuses, la mort survint quelques heures après la résection du nerf. Des médecins avaient déconseillé toute opération dans la crainte d'accidents ; on avait fini par céder aux instances réitérées du malade.

II. La névralgie étant reconnue, il faut chercher à en *discerner la cause*, périphérique ou centrale.

Il peut y avoir *congestion du nerf ou de son noyau d'origine*. Gubler considère comme dues à la congestion les névralgies palustres et rhumatismales.

Dans la *névrite*, la douleur est continue, elle s'exaspère par la pression sur une longue partie du trajet du nerf. Les accès surviennent surtout à l'occasion d'un mouvement, d'une excitation extérieure, l'hypéresthésie cutanée est plus fréquente, l'anesthésie plus précoce. Il survient une atrophie musculaire rapide, de l'adipose sous-cutanée, des troubles trophiques persistants, ceux de la névralgie étant surtout des troubles fonctionnels. Enfin la névrite a une évolution cyclique.

A la névrite appartiennent la plupart des névralgies traumatiques et un grand nombre des névralgies arthritiques, rhumatismales.

La *compression* du nerf par des tumeurs, par du tissu inodulaire, par des cicatrices, par un cal, amène des névralgies qui ont une marche chronique, sont continues, s'accompagnent de troubles trophiques et présentent en un mot les symptômes des « névralgies-

névrites » (Hallopeau). Les névrômes, (névralgies des moignons), les tumeurs dites irritables s'accompagnent aussi de névralgies.

Quel est le *siège exact de la névralgie?* Faut-il admettre l'existence d'une lésion du tronc nerveux et de ses branches terminales, ou de ses origines dans la moelle?

On devra rechercher encore si la névralgie n'a pas pour point de départ une lésion située en dehors du nerf, dans son voisinage, ou dans un organe éloigné (névralgies réflexes).

Y a-t-il enfin simplement une *névralgie essentielle* (une névrose douloureuse des nerfs sensitifs) (Hallopeau)? Dans ces cas, le début est brusque, il n'y pas de douleur continue ni de douleur à la pression ; les élancements sont d'une acuité extrême et de courte durée.

III. Enfin il faudra s'attacher à reconnaître la *nature de la nevralgie,* la nature de la lésion qui la détermine. Le malade est-il arthritique, rhumatisant, goutteux ; faut-il faire intervenir la chloro-anémie, l'impaludisme, la syphilis, certains empoisonnements chroniques, etc. ? On saura alors si la névralgie est ou non sous la dépendance d'un état constitutionnel général.

Le *Pronostic* varie avec la variété de la névralgie, et avec la cause ; il est plus grave dans les névralgies d'origine centrale, et quand il y a des lésions des nerfs ; la névralgie peut être persistante, incurable. Les névralgies par congestion du nerf sont moins graves, quelquefois cependant elles sont très persistantes ; elles ont toutes ce caractère chez les personnes âgées, affaiblies, névropathes.

Elles récidivent souvent, surtout quand elles sont sous la dépendance d'un état constitutionnel ; les

névralgies syphilitiques, paludiques, sont moins rebelles.

Dans le *Traitement*. — Trois indications sont à remplir :

1° Combattre l'état général constitutionnel ;

2° Combattre la lésion nerveuse locale ;

3° Combattre la douleur.

1° *Médication générale*. Elle s'adresse à la nature de la névralgie, qui est souvent, comme nous l'avons vu, sous la dépendance d'un état constitutionnel. Il est nécessaire de modifier celui-ci, si l'on veut obtenir la disparition de l'attaque de névralgie et prévenir le retour de nouvelles attaques. Souvent la médication générale a réussi quand toutes les autres avaient échoué. Aussi, quand elle est indiquée, faut-il avoir soin de l'employer dès le début du traitement.

La médication varie selon la nature de l'état constitutionnel, arthritisme, impadulisme, syphilis, etc.

A cette médication générale il faudra ajouter quelques règles générales d'hygiène : une alimentation non excitante, abstinence de café, thé, alcool ; repos intellectuel ; rareté des rapports sexuels ; faire de l'exercice au grand air, de l'hydrothérapie ; prendre des bains calmants, des bains froids, des bains de mer.

Le mode de l'hydrothérapie et la nature des bains varieront avec l'état général (douches chaudes, froides, douches écossaises, bains de vapeur, fumigations, étuves sèches, bains maures, etc.)

2° *Combattre l'altération nerveuse locale*. En même temps que l'on administrera la médication générale, il est nécessaire de *combattre l'altération nerveuse locale*.

Une intervention chirurgicale est nécessaire dès le début si la névralgie est due à une cause mécanique, pré-

sence d'un corps étranger, compression et irritation du nerf par une exostose, un cal (dégagement d'un nerf enclavé), une cicatrice, une tumeur du nerf ou de son voisinage.

Si la congestion ou la névrite existe seule ou persiste, on emploiera les ventouses scarifiées, les révulsifs sur le trajet du nerf, les vésicatoires, les applications irritantes, les pointes de feu, les cautérisations à l'acide sulfurique, dont il faut être sobre, etc., la douche locale, la douche filiforme.

On a recommandé l'aquapuncture (Siredey), les injections sous-cutanées irritantes, injections de nitrate d'argent, de sel marin (Luton); l'électricité peut être utilement employée.

3° *Combattre la douleur*. Aux deux médications précédentes il faut ajouter celle qui a pour but de *combattre la douleur*.

Cette médication joue toujours un grand rôle et quelquefois est seule employée quand on ne trouve ni état morbide constitutionnel ni altération locale; on a généralement trop de tendance à insister sur cette médication, tandis qu'on néglige plus ou moins complètement les autres : elle rend de grands services, mais les premières sont seules vraiment curatives.

Contre la douleur on administre les calmants en injections sous-cutanées, en applications topiques, et à l'intérieur.

Les injections sous-cutanées les plus employées sont celles de chlorhydrate de morphine, depuis 5 milligrammes; les injections de chloroforme (Besnier, Bartholow), à la dose de 1, 2, 3 grammes; les injections d'atropine, à la dose de 1 à 2 milligrammes; elles sont d'un emploi plus dangereux.

On a aussi administré la morphine par la méthode

endermique, au moyen d'un petit vésicatoire.

On a fait divers topiques à base d'opium, des liniments laudanisés, puis des applications sur la peau de chloroforme et d'éther, des pommades calmantes, pommades à la vératrine et à la morphine.

Armaingault a obtenu des succès par l'emploi de révulsifs, vésicatoires, pointes de feu, etc., au niveau des points douloureux apophysaires. Huchard les combat par des pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale. On a conseillé aussi l'acupuncture, l'électropuncture, les courants continus fournis par une pile de dix à douze éléments, le pôle négatif étant placé à la sortie du tronc nerveux, le pôle positif à la périphérie. Béard insiste sur le traitement de la névralgie par l'électricité soit faradique, soit galvanique; celle-ci conviendrait mieux pour les névralgies vraies.

Beard considère la névralgie comme étant le plus souvent une maladie d'origine centrale; d'où pour lui la nécessité de faire passer le courant non seulement sur le siège de la douleur qui est mobile, mais aussi sur le système nerveux central. Pour la névralgie sciatique par exemple, il applique un pole sur la colonne vertébrale au niveau de l'origine des nerfs qui se rendent au membre inférieur, promène l'autre doucement et continuellement sur le trajet de ces nerfs, en donnant une attention spéciale aux points douloureux. Le courant doit être assez fort pour donner une légère sensation de brûlure.

Enfin on administre aussi les calmants à l'intérieur, l'opium, le laudanum, le chloral, l'aconitine, le bromure de potassium. Le sulfate de quinine est très efficace dans les névralgies traumatiques secondaires (Verneuil).

Les inhalations de chloroforme et d'éther sont aussi employées ; elles ont été souvent la cause d'accidents.

Enfin si toutes les médications échouent, il faut en venir à une *intervention chirurgicale.*

Une compression énergique sur le trajet du nerf douloureux a quelquefois rendu des services. On a mis en usage l'acupuncture et l'électropuncture, mais on a surtout recours à la section ou à la résection du nerf, à l'élongation avec ou sans écrasement.

Dans ces derniers temps on est allé jusqu'à faire l'arrachement des branches du trijumeau, opération extrême et qui peut être dangereuse en irritant le ganglion de Gasser ou les noyaux d'origine des nerfs.

TROUBLES TROPHIQUES DE L'ORGANISME

DANS LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le Docteur Henry BONNET

Directeur-Médecin en chef de l'Asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne

---

Dès 1860, mon attention se dirigeait sur les phénomènes de dénutrition progressive que présentent les paralysés généraux.

Dans un mémoire communiqué en mon nom, en 1861, à la Société médico-psychologique, par Marcé, j'insistais d'une façon spéciale, sur l'état du cœur chez les paralysés généraux, sur la dégénérescence graisseuse visible sans microscope et, en particulier, sur

les eschares gangréneuses. — A cette époque j'affirmais, et j'accentue beaucoup plus mon opinion aujourd'hui, que ces eschares gangréneuses devaient leur origine à des troubles circulatoires généraux et à une cachexie de dénutrition; j'ajoutais que les pressions et frottements des divers décubitus n'étaient qu'une cause adventice. — Cet avis était partagé par Marcé et par Jules Falret; mais il ne semblait pas convenir à quelques-uns de nos savants confrères de la Société médico-psychologique.

Dès lors une observation attentive de tous les symptômes et de la marche de la paralysie générale depuis le commencement jusqu'à la période ultime me firent repousser les idées admises, à savoir que la paralysie générale était une méningo-encéphalite « diffuse. » — Comment, en effet, accommoder ces deux manières de voir que, d'abord, on établirait une méningo-encéphalite « chronique dès le principe, » et qu'ensuite, dans la description pathologique de la paralysie générale on reconnaîtrait toujours une première période « congestive. » — Les auteurs étaient donc, et sont encore, complètement en désaccord avec eux-mêmes.

Ce défaut de concordance ne me frappait pas seul puisque, sans s'entendre avec moi, Marcé écrivait (1): — « Comment admettre qu'une inflammation qui dure depuis deux ou trois ans chez un individu ne se termine jamais par suppuration? » — Ces seuls mots sont la condamnation du système ancien.

Sans nous inquiéter plus qu'il ne fallait de ce système ancien, le professeur Poincaré et moi reprîmes la question de physiologie. Pour nous, tout nous paraissait venir de la congestion. — Dès lors, nous nous adressâmes au grand sympathique, et nos pa-

(1) Marcé, *Traité des maladies mentales.*

tientes recherches nous prouvèrent que le point de départ de la maladie était là. — Les désordres étaient tels, comparés à ceux du cerveau et de la moelle, qu'aucun doute n'existait pour nous que la grande expérience de Claude Bernard recevait sa consécration en physiologie pathologique et en clinique.

Les recherches du professeur Poincaré et les miennes nous ont conduit (dans deux éditions de notre travail, 1869 et 1876) à cette conclusion qu'on peut fermement maintenir que la paralysie générale est primitivement ganglionnaire et que c'est du grand sympathique que partent les poussées congestives qui retentissent sur le cerveau. Cet organe ne peut plus alors avoir son fonctionnement normal, il se transforme dans sa structure intime et n'exerce plus sur tout l'organisme qu'une action imparfaite.

L'appareil ganglionnaire devenu imparfait et produisant les troubles congestifs du centre vaso-moteur cérébral, détermine par le fait tous les troubles de nutrition de l'organisme. — La circulation donne au cerveau des apports nutritifs défectueux, de même qu'à tous les points de l'économie.

Les réparations de tissu ne s'exécutent plus selon le mécanisme normal ; la cellule s'altère ou disparaît; des corpuscules graisseux envahissent tout; le tissu connectif s'épaissit; des pigmentations se dessinent des exsudations s'organisent ; des gangues se forment autour des vaisseaux et entravent leur fonctionnement. — Voilà ce qu'on constate.

Rien donc d'étonnant à ce que, dans de telles désorganisations, des inflammations locales, mécaniques, passagères, puissent se produire. — Mais, ce n'a jamais été l'inflammation qui a ouvert et qui tient la scène.

Les exsudats qu'on retrouve dans toutes les parties du cerveau, et surtout dans les méninges, ne sont pas des produits secondaires d'inflammation comme l'inspection à l'œil nu a pu le faire croire; ce ne sont que des apports de dénutrition incessamment charriés par les capillaires. — C'est au torrent circulatoire, par suite de l'altération primitive du grand système ganglionnaire, que la maladie appartient; la décomposition du sang et la dénutrition intime de chaque organe s'exagère à mesure des poussées congestives qui dureront jusqu'à la fin. — Le caractère de la maladie se dévoile parfaitement dans les bouffées de chaleur, dans les crises apoplectiformes, dans les crises épileptiformes et même épileptiques du terminus de l'affection; la congestion ne laisse pas un instant l'être en repos. — Donc, les congestions premières s'unissent incessamment aux conditions finales. La mort, survient, soit par marasme, soit par suite d'une trop grande poussée congestive (cela varie avec les individus).

Le plus souvent, la paralysie générale trouve sa fin dans le marasme

Les dégénérescences histologiques, (globules graisseux, épaississement du tissu connectif, et même sclérose, pigments, disparition des cellules, etc)... se trouvent beaucoup plus accentuées, dans la chaîne ganglionnaire.

Pour nous, il est certain maintenant que le phénomène primordial de la paralysie générale est dans le grand sympathique qui, en produisant des poussées congestives, amène les troubles trophiques du centre vaso-moteur encéphalique et les phénomènes consécutifs d'incessante et irrémédiable dénutrition.

C'est la vie nutritive, vaso-motrice du cerveau qui est la première frappée. — Congestions et adhérences

intimes de la pie-mère, nutrition exagérée des centres et troubles vaso-moteurs avec troubles corrélatifs pendant la vie (excitations, délire des grandeurs, etc.); perturbations de la sensibilité générale et spéciale, lésions motrices et végétatives; tout l'organisme est frappé.

Ces idées dont nos investigations expérimentales affirment chaque jour la vérité ne sont nullement être en contradiction avec les faits physiologiques connus, les vaso-moteurs étant commandés par le grand sympathique; et, partant de ce principe que le grand sympathique est le premier atteint et toujours considérablement lésé, il n'y a pas lieu de s'étonner que la dénutrition se propage progressivement et n'atteigne tout l'organisme.

Nous avons été les premiers, le professeur Poincaré et moi, à exposer la thèse ci-dessus.

Pour démontrer cette priorité, nous n'avons qu'à voir ce qui a été dit et écrit après nous.

Nous avions dit que la raréfaction ou la disparition des éléments histologiques de l'organisme se produisaient partout jusque dans les os dont les principes se modifient; autrement dit, tout fonctionnement physiologique de chaque point de l'organisme s'altère. — Il y a partout, et dans tous les tissus, une génération nouvelle aux dépens des éléments de la substance normale; un blastème se produit dans des conditions histologiques anormales et alors se produisent tous les phénomènes de dénutrition qui finissent par aboutir aux congestions apoplectiformes ou au marasme porté à sa dernière puissance. Un de mes anciens internes, le docteur Biaute, médecin-adjoint de l'Asile de Blois, publia en 1876 dans les *Annales médico-psychologiques* un mémoire sur la dénutrition du tissu osseux dans la paralysie générale et

sur son influence dans la production des fractures et leur consolidation. — Depuis, et à juste titre, notre excellent confrère le docteur Biaute a été cité ; mais, il est à regretter que ceux qui ont lu et commenté son mémoire fort bien pensé et rédigé n'aient donné mention que des faits sans reporter au professeur Poincaré et au docteur Bonnet l'honneur de la théorie.

M. le professeur Verneuil qui s'occupait beaucoup déjà des états constitutionnels et des maladies générales dans leurs rapports avec les traumatismes (1) et qui, depuis, a réuni tous les éléments de ses études dans le troisième volume de ses *Mémoires de chirurgie* remarqua l'observation de fracture indiquée par le docteur Biaute, et il en parla à la Société de chirurgie dans sa séance du 11 octobre 1876. — M. le professeur Verneuil admit la valeur de la cause prédisposante et parla des affections des centres nerveux comme cause de dégénérescence des os. De plus dans une thèse faite plus tard sous son inspiration, la paralysie générale est mentionnée comme cause prédisposante de fractures.

Le docteur Régis, dans un très bon mémoire, qui a obtenu, en 1878, le prix Esquirol (2), a reconnu tacitement la valeur de la théorie du professeur Poincaré et du docteur Bonnet pour des cas anormaux de fractures de jambe, car il renvoie à une note citant le travail de 1876 du docteur Biaute.

Le 25 octobre 1880 se continuait, à la Société médico-psychologique, la discussion sur le *No-restraint*. — A cette occasion, le docteur Christian mit en doute l'état de la dénutrition des individus atteints d'aliénation mentale en général et de paralysie gé-

(1) VERNEUIL, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1871.

(2) RÉGIS, *De la Dynamie ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale.*

nérale en particulier. Il se montra très sceptique sur ce sujet disant qu'on devait avoir exagéré et avançant que, pour sa part, il n'avait jamais rien observé de semblable. — Mais, le docteur Foville tint à relever l'accusation d'exagération, et il s'appuya sur des faits de son observation personnelle en même temps que sur le fait du docteur Biaute dans lequel il y a eu autopsie et examen microscopique des os.

Le 14 octobre 1881, le docteur Debove communiquait à la Société médicale des Hôpitaux de Paris ses recherches sur l'état des os chez les hémiplégiques. Il citait Malgaigne, Gillette et Bouchard comme ayant parlé, d'altérations osseuses chez les individus tabétiques et chez ceux qui sont atteints de ramollissement cérébral. — Le docteur Foville, en analysant cette communication dans la chronique des *Annales médico-psychologiques* de janvier 1882, cite de nouveau le mémoire du docteur Biaute et signale le *desideratum* de la question.

Enfin, vient le travail plus complet du docteur Vallon, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris (1). Je n'ai nul besoin de m'occuper ici de la première partie qui traite de l'influence des traumatismes sur le développement de la paralysie générale. — Une des conclusions de la deuxième partie est la suivante : — « La paralysie générale « produit, dans la plupart des cas, une raréfaction « du tissu osseux qui prédispose aux fractures, rend « la formation du cal lente, incomplète, quelquefois « même impossible. Cependant, on a observé quel- « quefois des cas de guérison de fractures chez les « paralytiques. »

(1) Vallon, *La paralysie générale et le traumatisme dans leurs rapports réciproques*. Thèse de Paris, 1882.

Dans l'historique de cette question viennent, par ordre, Biaute (1876); Verneuil (1876); Régis (1878); Arnozan (1880); Vallon (1882).

Arnozan, dans sa thèse d'agrégation (2), a fait le résumé de ce que l'on savait sur les altérations osseuses dans la paralysie générale.

Parmi les citations que le docteur Vallon a faites à propos du travail du docteur Biaute, il a au moins fait remarquer comme apparten ant en propre au professeur Poincaré et au docteur Bonnet l'idée de puissance destructive que possède la paralysie générale, et il a pu réunir trois observations où l'effet se lie intimement à la cause, celle de Biaute, celle de Régis, et une qui lui est personnelle.

L'altération osseuse par dénutrition est donc une chose bien consacrée comme conséquence de la paralysie génėra le.

Nous arrivons à présent à un autre ordre d'idées qui corrobore le précédent.

Quand le premier auteur (Esquirol) donna à la maladie qui nous occupe le nom de *paralysie générale*, il savait bien que ce n'était pas, à proprement parler, une paralysie; il voyait une incoordination de toutes les fonctions de la vie de relation et de la vie végétative qu'il désignait ne trouvant pas de terme précis à donner, sous le nom de paralysie générale. — Les auteurs à la suite n'ont point trouvé mieux. — Requin et Sandras, en ajoutant le mot *progressif* n'ont fait qu'accentuer l'idée de dénutrition de tout l'individu.—La *parésie* ou *folie parésique* des Allemands n'a pas de raison d'être comme définition. — L'arachnitis chronique de Bayle, comme la meningo-encé-

(1) Arnozan, *Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux*.

phalite chronique diffuse de Calmeil ne s'accorde pas avec la congestion primitive et les congestions successives de l'affection. — La définition d'Esquirol est la plus juste, bien qu'incorrecte; l'usage l'a consacrée et, il faut le conserver, car de même que pour beaucoup d'autres affections, il est très malaisé de définir en deux mots ce grand état morbide.

Cela dit incidemment, il faut bien savoir que, de même que le système osseux est atteint, de même aussi chaque appareil de l'organisme est vicié parallèlement dans sa structure et son fonctionnement.

Aujourd'hui, je veux éveiller l'attention de mes confrères sur les troubles trophiques des organes de la reproduction.

J'ai eu l'heureuse chance, de rencontrer à peu d'intervalle, deux observations de grossesse et d'accouchement ayant eu lieu dans des circonstances identiques et qui ne peuvent plus laisser un doute dans ma pensée sur la dénutrition qui ravage incessamment l'économie pendant le cours de la paralysie générale. — Ces deux observations que je vais relater sont de même nature; elles prouvent, à ne point en douter l'existence de troubles trophiques dans les organes de la reproduction.

Observation I. — La femme X..., âgée de 38 ans, entre dans mon service. — Les renseignements sur le passé de la malade sont très incomplets. Depuis deux ans, X... qui était très intelligente et très régulière dans sa conduite, serait tout à coup devenue mélancolique. Il y a eu des intervalles de vive agitation, et puis un affaissement progressif de toutes les facultés. — Il y a eu quelques excès alcooliques, ce qui aurait joué le principal rôle, ce serait la misère et des chagrins domestiques. — Toujours est-il que la malade entre dans mon service à la dernière période de la paralysie générale. — La face est blême et vergetée ; les yeux sont saillants ; tout le système locomoteur est dans un tremblottement incessant ; les sensibilités générale et spéciale sont très émoussées; la vie végétative et la vie de relation s'épuisent de plus en plus ; la malade ne peut

plus tenir debout ; elle est gâteuse. — On est forcé de la placer à l'infirmerie et de la tenir au lit. — Six mois apres mon attention est appelé sur l'état du ventre qui a beaucoup grossi depuis quelque temps. La palpation fait reconnaître manifestement une tumeur qu'on délimite fort bien en pressant fortement les parois du ventre au-dessus de l'ombilic. — L'aspect général fait penser à une grossesse. — Au toucher on sent le col ramolli et entr'ouvert ; le doigt qui peut pénétrer dans le col éprouve la sensation d'un corps dur sans pouvoir renseigner sur la position du fœtus, on ne sent pas du tout dè ballottement. — L'auscultation abdominale ne révèle aucun souffle fœtal ; la palpation ne dénote aucun mouvement. — Malgré l'absence de signe positifs, deux de mes confrères appelés opinent pour une grossesse de sept mois ; mais, on ne peut absolument baser cette opinion que sur la grosseur du ventre et sur la tuméfaction évidente de l'utérus. — Pendant cinq semaines, ni moi, ni mes confrères, ni mès internes n'avons senti aucun souffle fœtal, n'avons reconnu aucun ballottement. — Je recommandai tout spécialement une grande surveillance parce que, chez une paralysée générale surtout, je me défiais d'une solution anormale. — C'est ce qui arriva, en effet. — Une après-midi, au moment où l'infirmière venait de la nettoyer, la malade expulsa brusquement un enfant qui est arrivé mort et entièrement coiffé de tout le délivre. Il n'y avait eu aucune douleur préventive, aucun écoulement amniotique précurseur ; l'expulsion s'est produite sans contractions des muscles abdominaux et par une poussée brusque de l'utérus comme s'il se débarrassait d'un corps étranger. On n'a constaté, lors de la sortie de l'enfant, qu'un écoulement peu abondant, et à peine rosé. L'enfant ne pesait que 1,503 grammes, et il est venu cependant, à très peu de chose près, à terme. Les soins d'hygiène ordinaire ont été donnés à la mère qui n'a présenté pendant quelques jours qu'un peu de suintement ; l'écoulement lochial a manqué. — Les seins ne se sont pas modifiés et il n'y a pas eu de sécrétion lactée. — La malade n'a pas eu la moindre conscience de son accouchement. — Un mois après, aucun accident ne s'est révéié, et on retrouve la malade dans les mêmes conditions de profonde démence avec intervalles d'agitation, impotente, et inclinant de plus en plus vers un marasme définitif.

Observation II. — Les mêmes phénomènes que ceux de l'observation précédente se retrouvent ici.

La femme X..., âgée de 42 ans, entre dans mon service à une période très avancée de la paralysie générale. — Facies boursoufflé et vergeté, teinte huilo-terreuse de la peau ; empâtement de la langue et troubles significatifs de la parole ; lésions de la sensibilité générale et des sensibilités spéciales ; tremblements et impotence de tout l'appareil locomoteur ; gâtisme. — Une dé-

mence complète a succédé à un délire lypémaniaque causé par la misère et les privations. — La malade ne peut plus se tenir debout; on la place dans un lit à l'infirmerie. — Les parents de la malade signalent qu'elle n'a plus ses règles depuis plusieurs mois. — Elle a le ventre assez gros et dur; le toucher fait constater un col ramolli et n'indique pour le moment rien autre chose. — Deux mois après l'entrée, le ventre s'est un peu plus développé et, par une pression profonde à la région sus-ombilicale, on sent une tumeur qui paraît indiquer la grossesse. — Pas de mouvements, pas de souffle fœtal. — Cet état persiste sans modifications pendant trois mois encore. — Ni moi, ni des confrères appelés ne reconnaissent le ballottement, le souffle fœtal et des mouvements. — Un matin la malade venait de manger sa soupe. Sans signes précurseurs elle expulse un enfant mort avec tout le délivre; très légère perte d'eau amniotique et sanguinolence insignifiante. — L'enfant pesait 650 grammes, et la grossesse était certainement de huit mois, peut-être plus. — Les suites de l'accouchement ont été simples; l'écoulement lochial est nul; ce sont plutôt des fleurs blanches pendant quelques jours; aucune réaction fébrile; pas de changement dans les seins ni de sécrétion lactée. — Comme dans l'observation précédente la malade n'a pas eu conscience de son accouchement, et la paralysie générale continue son cours.

Ces deux observations prouvent, à ne point s'y tromper, l'influence des troubles trophiques de la paralysie générale sur les organes de la reproduction. — Elles viennent confirmer les phénomènes qui se passent dans d'autres parties de l'organisme comme le tissu osseux.

Voilà des femmes qui, déjà atteintes de la paralysie générale, ont pu concevoir; la dénutrition des organes de la reproduction n'était donc pas avancée au point que la fécondation ne pût se produire. Le petit embryon se présente pour vivre; il est conformé pour cela; et il n'attend que la nourriture qui lui est propre. C'est alors que l'état de dénutrition de la mère dérange tout. — Pendant huit mois la grossesse suit un cours spécial et le produit de la conception vit d'une vie anormale. — S'il y a eu d'abord une poussée pour le développement de l'œuf et pour l'évo-

lution de l'enfant qui, en définitive, ne présentait pas de malformation à sa sortie de l'utérus, il n'est pas moins vrai qu'il y a eu une absence des actes de nutrition nécessaires aux développement de l'enfant et à son expulsion finale. — Cet absence des actes de nutrition se retrouve pendant la grossesse, puisqu'on n'a jamais entendu le souffle fœtal, que les mouvements de l'enfant n'ont pas été perceptibles, que le ballottement n'existait pas; rien d'étonnant pour ce dernier fait car on peut regarder comme nul le petit écoulement de liquide amniotique lors de l'accouchement; de là on peut encore conclure au marasme des organes de la mère, qui ont manqué des propriétés vitales indispensables à la production de l'amnios. — Comme on le voit, tout commence, mais tout s'arrête en route; la dénutrition générale de la mère enraye toutes les activités fonctionnelles de la gestation et la conséquence est la faiblesse de l'enfant qui ne peut plus se développer selon les lois normales. — Lors de l'expulsion, l'enfant sort brusquement par une simple contraction de l'utérus, et il arrive mort coiffé de sa membrane placentaire; celle-ci est mince, exsangue et offre le quart du volume d'un placenta normal; la dénutrition existe là comme ailleurs; l'inspection de ce placenta, le poids de l'enfant montrent de toute évidence la diminution des apports vitaux pendant la gestation. — Le manque de toute réaction générale chez la mère, l'absence de lochies, de changement des seins, de sécrétion lactée dévoilent très nettement une dénutrition locale parfaitement en rapport avec l'état du reste de l'organisme.

Dans les derniers temps de la grossesse je n'ai pas hésité un seul instant pour dire à mes internes et à mes confrères appelés, que l'enfant ne devrait pas se

présenter en vie et que deux cas se présenteraient : — Ou bien nous serions obligés d'aller à sa recherche dans l'utérus, et de le ramener comme nous pourrions ; ou bien, l'expulsion fœtale se ferait par les seules contractions de la matrice avec inconscience de la mère, sans poussées des muscles de la vie de relation et qu'il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'on trouve à un moment donné l'enfant entre les cuisses de la malade.

C'est ce dernier cas qui s'est présenté dans mes deux observations.

Les troubles trophiques des appareils de la reproduction sont donc bien nets et bien affirmés dans la paralysie générale. — Associés à tous les autres faits palpables dans l'organisme et que la clinique nous offre chaque jour, ils dénotent que la paralysie générale est, de la façon la plus évidente, une maladie de la grande chaîne ganglionnaire aboutissant à une dénutrition générale de tout l'être.

ARCHIVES CLINIQUES

ACCÈS RÉPÉTÉS DE MANIE-AIGUE

PENDANT LES PÉRIODES MENSTRUELLES

Par M. E. CABADÉ.

Femme D..., 46 ans, tempérament bilieux, ne compte dans sa famille aucun aliéné — réglée à 15 ans — sa mère, actuellement très âgée et jouissant d'une bonne santé, n'a présenté, aucune particularité, digne d'être notée, dans l'évolution de ses périodes menstruelles ; le père a succombé aux progrès d'une affection cancéreuse ; ses frères et sœurs sont bien portants. — Cette femme perdit son mari en 1878, au moment ou elle avait ses règles ;

cette mort qui eut un caractère de soudaineté exceptionnelle, l'impressionna vivement. L'hémorragie menstruelle s'arrêta et ne reparut pas de huit mois. Pendant ce laps de temps, cette femme présenta quelques manifestations spasmodiques et resta sous l'empire d'un état nerveux assez caractérisé, sans cependant, que cet état la constituat malade, quelques cuillerées de sirop d'éther, et la tisane de valériane, suffisaient à la soulager très notablement. Au bout de huit mois ses règles se montrèrent égales à ce qu'elles étaient précédemmeut. — Depuis lors elles ont eu assez de régularité dans leur apparition.

Dans le courant de 1880, chacune des époques menstruelles, s'accompagnait de phénomènes nerveux peu importants, sensation de boule hystérique, état spasmodique général. Cet état fut de peu de durée et bientôt tout rentra dans l'ordre.

Au mois de janvier 1881 l'apparition des règles s'annonça par des troubles nerveux plus accentués, puis brusquement, la malade fut prise d'une crise de manie aiguë, elle courait horsde son logis les cheveux épars, la voix égarée, se livrant à des actes de folie évidente, courant nue malgré la rigueur du froid ; brisant tous les objets qu'elle pouvait atteindre, et tenant une série de propos incohérents et dénués de sens ; il fallut la réintégrer de force chez elle, la coucher et la faire maintenir dans son lit par des personnes robustes. Bien que maintenue dans une position à peu près convenable, elle ne cessa pas d'être en proie à une exaltation maniaque incroyable, ses divagations étaient sans fin, elle confondait absolument, les actes, les lieux, les personnes, ne reconnaissant pas même celles dont la fréquentation est quotidienne, et associant les idées les plus disparates. — Cet état dura environ quatre jours, sans que le sommeil soit jamais venu apporter un répit; sans répondre une seule fois d'une façon sensée, aux questions qui lui étaient posées. — Pendant ce laps de temps, ses règles coulèrent comme d'habitude, puis à mesure que l'écoulement vint à diminuer, l'exaltation disparut, l'attitude fut plus calme, une sensation d'immense fatigue succéda à cette période agitée, une sorte de résolution générale s'empara de la malade, ses réponses furent à peu près pertinentes, le sommeil réapparut et trois jours après la femme D... était revenue à son état normal, sans cependant avoir conservé le moindre souvenir de ce qui s'était passé. — Les deux menstruations suivantes, s'accompagnèrent des mêmes phénomènes qui ne purent être que très légèrement et très passagèrement atténués par des injections sous-cutanées de morphine. Après la crise de mars, je mis la malade au traitement par le bromure de potassium à la dose de deux grammes par jour. Ce traitement dut être continué jusqu'à l'apparition de ses règles, le mois suivant, et cette apparition fut normale sans traces de désordres intellectuels. Le médicament lui fut prescrit de nouveau, après la période cataméniale, et les mois

suivants se passèrent d'une façon absolument normale ; si bien que la malade put comme auparavant se livrer aux travaux des champs, et même louer ses services pour le temps de la moisson. Je lui recommandai de prendre du bromure de potassium pendant les dix jours qui précèderaient l'apparition présumée de ses règles et je la perdis de vue. — Je fus appelé de nouveau auprès d'elle dans le courant du mois de novembre de la même année, elle avait une nouvelle crise de manie aiguë survenue brusquement au début d'une période menstruelle, sans le moindre symptôme prémonitoire, sans avoir présenté d'indisposition de nature nerveuse comme les mois précédents. Cette crise fut en tout semblable à la précédente.—Dès qu'elle fut en état de répondre à mes questions elle m'avoua que, se croyant absolument guérie, elle n'avait plus fait usage du bromure, et cela depuis le mois de juillet, que cependant ses règles étaient revenues quatre fois, sans qu'elle eût la moindre atteinte cérébrale, et que la crise qui venait de prendre fin l'avait saisie au milieu des apparences de la santé la plus parfaite. Le même traitement fut institué, deux grammes de bromure de potassium furent pris quotidiennement et sans interruption, jusqu'au mois de juin 1882. A cette époque nous fûmes obligés de suspendre le traitement par le motif suivant : Cette femme est absolument sans ressources pécuniaires, journalière, le prix de sa journée (2 fr.) est son unique moyen d'existence, aussi est-elle assistée par le Bureau de bienfaisance. Les administrateurs de ce bureau, voyant cette femme en apparence absolument guérie, vaquant en toute liberté à ses travaux, ne présentant pas le moindre symptôme de son mal, déclarèrent, que vu le prix élevé du médicament, il leur était impossible de grever ainsi le budget restreint des pauvres de leur commune. Les ressources de la femme D. ne lui permettant pas de se soigner à ses frais, le traitement fut forcément interrompu.

La première récidive, m'ayant mis en garde, je prédis une nouvelle invasion probable de la maladie, toutefois l'état de santé fut parfait du mois de juin 1882 au mois de février 1883, pendant ce laps de temps, les règles n'ont pas manqué une seule fois, elles sont venues sans la moindre variation, avec une légère avance, leur durée et leur abondance ont été absolument normales, leurs apparitions n'ont donné lieu à aucun trouble intellectuel. J'avais prévenue la malade de venir me voir dès qu'elle ressentirait le moindre trouble, et je ne l'ai pas revue pendant cette période.

J'ai appris la récidive au mois de février dernier, par la personne qui est venue me chercher pour l'aller voir. Je la trouvai en proie à une crise effroyable, les yeux hagards, la bouche écumante, liée de cordes qui la maintenaient immobile sur son lit, jurant, hurlant et crachant sur les personnes qui l'approchaient, on me raconta qu'elle avait commis cent extravagances, dont les plus graves consistaient à avoir entièrement brisé les vitres d'une

maison voisine, puis avoir tènté d'incendier ce logis en s'introduisant par la fenêtre, enfin d'avoir frappé avec la dernière violence sa mère qui tentait de la maintenir. Dans le village on n'avait pas de camisole de force, on en ignorait même et le nom et l'usage, aussi eut on recours au moyen primitif de l'attacher avec des cordes. Je fis une injection de morphine et, pendant les quelques instants de répit que nous donna cette petite opération, j'improvisai une camisole de force qui lui fut passée, et put la contenir d'une façon plus humaine. Il était temps, ses mains et ses pieds étaient horriblement gonflés et violacés. Le surlendemain, cette femme était absolument guérie et avait recouvré ses idées, sans conserver le souvenir de ce qui s'était passé durant sa maladie, sauf sur un point : la présence des gendarmes que l'on avait cru devoir aller prévenir et qui s'étaient transportés auprès d'elle et avaient rédigé dans la chambre l'inévitable procès-verbal.

J'ai pu faire comprendre aux membres du Bureau de bienfaisance de la commune, qu'il y avait urgence absolue à s'imposer des sacrifices pour faire soigner cette malheureuse et la remettre en traitement sans tarder, c'est ce qui a été fait et depuis elle a eu deux fois ses règles, sans présenter le moindre désordre intellectuel, et le traitement dont tout le monde comprend maintenant l'utilité, pourra, je l'espère, être très longtemps continué.

L'observation précédente me parait être très probante relativement à l'action du bromure de potassium sur les désordres vésaniques qui ont accompagné la menstruation. Les conditions dans lesquelles les faits se sont déroulés, et l'efficacité du médicament à chaque nouvelle administration, démontrent que chez la femme X... il a agi comme un remède véritablement héroïque. De plus il est à remarquer que l'action du bromure a eu une assez longue portée et que la protection et le calme du système nerveux ont continué quelque temps après son absorption, quatre mois la première fois, sept mois la seconde. La période de calme étant d'autant plus longue que l'administration du médicament a plus longtemps duré. Faut-il voir dans cette rémission de sept mois, une sédation due au bromure, ou un phénomène de la maladie ? C'est ce que je ne saurais dire, et ce que démontreront de nouvelles expériences. Dans tous les cas, l'action sédative de cet agent, me semble hors de conteste.

Quel sera l'avenir de cette femme ? Au bout d'un temps plus ou moins long ne faudra-t-il pas augmenter la dose ? l'action du médicament ne s'amoncellera-t-elle pas? et le remède sera-t-il toujours aussi efficace? D'un autre côté, qu'en sera-t-il dès qu'elle sera à l'époque de la ménopause ? N'y aura-t-il plus d'accidents pareils ? N'y aura-t-il pas alors une folie permanente ?

Bien que cette femme soit très capable de se livrer aux travaux des champs elle n'a pas l'intelligence absolument nette, son état permanent laisse un peu à désirer au point de vue de la parfaite

rectitude de l'esprit. C'est une pauvre tête. La mémoire est indécise, les passions affectives peu raisonnées, ses joies et ses tristesses hors de proportion avec ce qui les cause, cependant elle ne présente rien d'excessif, et bien des personnes, qui passent pour très sensées ont au moins autant de bizarreries dans le caractère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(2e Trimestre 1883) (1).

Séance du 9 avril. — Physiologie. — *La perception des couleurs et la perception des différences de clarté.* Note de M. A. Charpentier.

D'après l'auteur, on peut admettre que la perception de couleur n'est que l'appréciation de la différence d'excitation que produisent des rayons déterminés, d'une part sur l'appareil de la sensibilité lumineuse, d'autre part sur l'appareil de la sensibilité visuelle proprement dite ou la distinction des formes.

Séance du 4 juin. — Pathologie expérimentale. — *Etude expérimentale des lésions de la moelle épinière, déterminées par l'hémisection de cet organe.* Note de M. E. A. Homen.

Dans une publication relative à la dégénération secondaire du bulbe et de la moelle épinière basée sur l'examen de huit cas de dégénération secondaire de ces organes chez l'homme, recueillis par M. C. Friedlaender et mis, par lui à la disposition de M. Homén, celui-ci a montré que ce n'est pas, comme on le croit généralement, dans la myéline qu'on peut trouver les premières altérations, mais dans les cylindres axes ; que ceux-ci sont, par conséquent, le point de départ ou d'origine de la dégénération. Dans le but d'étudier expérimentalement ce point, M. Homén a entrepris les recherches dont voici le résumé.

Quatorze chiens adultes ont été opérés. Le plus souvent le rachis a été ouvert et la moitié de la moelle environ a

(1) Voyez l'*Encéphale*, 1883, page 352.

été coupée dans la région des dernières vertèbres dorsales avec un bistouri approprié.

M. Homén a préféré recourir à l'hémisection, afin de pouvoir toujours, lors de l'examen histologique ultérieur, comparer le côté opéré avec l'autre côté. Les animaux ont vécu de deux jusqu'à vingt-neuf jours ; les limites du temps que l'auteur pouvait consacrer à cette étude ne lui ont pas permis, quant à présent, de prolonger les expériences. Les moelles ont été durcies dans le bichromate d'ammoniaque, puis dans l'acide chromique et enfin transportées dans l'alcool. Pendant la vie, on a principalement observé la motilité et la sensibilité, celle-ci par pincement, par pression et par irritation faradique entre les orteils. En général, les troubles de la motilité ont été plus marqués dans les premiers jours après l'opération ; peu à peu, en effet, ces troubles se sont le plus souvent atténués progressivement. Ces troubles du début sont sans doute le résultat de la commotion de la moelle, comme l'a pensé M. Vulpian (1). La différence dans le degré de sensibilité est, en général, difficile à observer ; ainsi il ne semblait pas exister une différence évidente entre les deux côtés quand la section était bornée à un côté de la moelle. Quand la section dépassait la ligne médiane, la sensibilité du côté sain paraissait notablement diminuée.

Quant aux faits histologiques, il faut distinguer l'inflammation ou dégénération traumatique étendue à environ 0m1 des deux côtés de la plaie et la dégénération secondaire proprement dite, comme Schiefferdecker l'a constaté. Les coupes ont été faites dans la région même de la plaie, le plus souvent longitudinalement pour juger mieux de l'étendue de la section. Dans les autres régions de la moelle les coupes ont, en général, été faites transversalement.

Quant à la dégénération traumatique M. Homén a constaté les faits reconnus par tous les auteurs. Pour ce qui est de la dégénération secondaire voici ce qui a été constaté.

Chez les animaux qui ont vécu deux à trois jours, aucune altération n'a été constatée. Les auteurs fixent à environ deux semaines le temps nécessaire pour la production d'une dégénération secondaire. Cependant dans une

(1) Vulpian, *Maladies du système nerveux*, p. 48.

des expériences qui a duré sept jours il y avait des tubes dont les cylindres-axes seulement étaient altérés. De plus, on trouvait des tubes dont non-seulement le cylindre-axe, mais encore la partie de la myéline qui l'entouraient étaient altérés également. Dans les autres expériences qui ont été beaucoup plus prolongées, les altérations étaient plus avancées; le tube était dégénéré en partie ou en totalité ; de plus, les altérations envahissaient la névroglie.

En un mot la *dégénération* porte d'abord sur le cylindre-axe, puis elle *atteint la myéline et enfin elle envahit la névroglie.*

Séance du 18 juin. — Physiologie pathologique. — *Recherches expérimentales et cliniques sur le mode de production de l'anesthésie dans les affections organiques de l'encéphale.* Note de M. Brown Séquard.

Dans une série de communications à l'Académie, j'essayerai, dit le savant professeur du Collège de France, de montrer que les anesthésies, les paralysies, les amauroses, produites par une affection organique de l'une des diverses parties de l'encéphale, dépendent le plus souvent, sinon toujours, de toute autre chose que de la cause qu'on leur attribue, c'est-à-dire une perte de fonction de la partie qui est détruite. Dans ce premier travail, je n'étudierai que l'anesthésie de cause encéphalique et seulement pour faire voir qu'il faut rejeter l'opinion que ce symptôme dépend nécessairement de la destruction de conducteurs ou de centres servant à la sensibilité. Je vais d'abord montrer par des faits expérimentaux et des faits cliniques qu'une anesthésie due à une lésion organique de l'encéphale peut disparaître soudainement ou très rapidement.

Des expériences très nombreuses sur des chiens, des lapins et des cobayes m'ont montré cette subite disparition. Il arrive quelquefois, chez ces animaux, que la section d'une moitié latérale du bulbe, ou de la protubérance, ou celle d'un pédoncule cérébral est suivie d'une anesthésie du côté opposé et d'une hyperesthésie du côté correspondant Supposons que la section ait été faite *à droite* et que les membres *gauches* soient anesthésiés et les *droits* hyperesthésiés. Si alors, du côté de l'anesthésie (c'est-à-dire à *gauche*), je coupe la moitié latérale de la moelle dorsale, je vois presque immédiatement, non seulement disparaître l'anesthésie, mais survenir l'hyperesthésie dans le membre

postérieur *gauche*, et en même temps l'inverse se produire dans le membre postérieur *droit*. Il est clair que si l'anestésie à *gauche*, après la première lésion, n'avait dépendu que de la perte de fonction de la partie sectionnée à la base de l'encéphale, elle n'aurait pas disparu soudainement sous l'influence d'une lésion de la moelle. La disparition d'une anesthésie due à une affection organique de l'encéphale, a été observée chez l'homme par Remak, MM. Clément Bonnefin, Vulpian, Gayet, Grasset et plusieurs autres médecins. Le retour de la sensibilité a été soudain ou très rapide sous l'influence de chocs galvaniques. Ici encore, si l'anesthésie avait dépendu de la perte de fonction de la partie lésée, elle n'aurait pas disparu rapidement et surtout soudainement.

Je vais maintenant mentionner très brièvement une série d'autres arguments presque tous tirés de l'étude de plusieurs milliers d'observations cliniques, étude à laquelle j'ai consacré une grande partie de mon temps durant les trente dernières années. Voici ces arguments :

1° Toutes les parties de l'encéphale peuvent produire de l'anesthésie. Cela explique comment des localisateurs, commettant la faute de considérer qu'une fonction qui disparaît appartient nécessairement à l'organe qu'on trouve lésé ont pu émettre l'opinion que le centre des perceptions des impressions sensitives se trouve dans le cervelet, dans la couche optique, dans le lobe postérieur, dans certaines circonvolutions, etc. Les faits autoriseraient à trouver ce centre, ou les conducteurs qui s'y rendent, dans les parties dites motrices de la base de l'encéphale ou de la capsule interne, dans l'un ou l'autre des deux corps striés, dans toutes les parties des lobes antérieur, moyen ou sphénoïdal, etc., puisque des lésions localisées dans l'une de ces portions de l'encéphale ont déterminé quelquefois de l'anesthésie.

2° Chacune des parties d'une des moitiés de l'encéphale peut être détruite sans qu'il y ait d'anesthésie. La lésion peut même être très considérable sans que ce symptôme se montre. M. Richet a publié un cas de destruction du lobe moyen et d'une grande partie du lobe postérieur, sans anesthésie. Abercrombie, Rostan, Porta et d'autres observateurs ont trouvé un hémisphère presque entièrement détruit sans qu'il y ait eu d'anesthésie.

3° Les parties similaires des deux côtés de l'encéphale,

y compris même celle que l'on suppose servir à la perception des impressions sensitives, peuvent être détruites sans qu'il y ait d'anesthésie évidente.

4° Au lieu de produire de l'anesthésie, des lésions destructives des parties qu'on croit servir à la sensibilité, comme voies conductrices ou comme centres, ont quelquefois donné lieu à de l'hyperesthésie.

5° Dans plus de cent cas, des lésions des parties les plus variées de l'encéphale ont donné lieu à de l'anesthésie du côté lésé, c'est-à-dire là où ce symptôme n'aurait pas dû paraître.

6° Une lésion destructive considérable de parties considérées comme centres ou comme voies conductrices des impressions sensitives, au lieu de produire de l'anesthésie dans les deux membres du côté opposé, n'en a assez souvent fait paraîrte que dans le bras ou dans la jambe.

7° Dans certains cas de lésion encéphalique, l'anesthésie, au lieu d'être totale n'existait que pour l'une des diverses espèces d'impressions sensibles (tactiles, thermiques, douloureuses).

8° L'anesthésie peut ne survenir que dans un des côtés du corps, bien que la lésion occupe dans une même étendue des parties semblables à la base de l'encéphale des deux côtés. En revanche, une lésion d'un seul côté du grand centre intra-crânien peut déterminer l'anesthésie dans les deux côtés du corps.

9° L'expérimentation sur les animaux (en harmonie, du reste, avec de très nombreux faits cliniques) montre que la section transversale d'une moitié latérale de la base de l'encéphale, depuis le bulbe jusqu'à la capsule interne, inclusivement, donne des résultats très variés quant à la production de l'anesthésie. Bien, que dans tous les cas, on coupe la masse entière des fibres qu'on croit être les voies conductrices des impressions sensitives venues du côté opposé du corps, on trouve : d'une part, que chacune de ces parties peut être sectionnée sans qu'il y ait d'anesthésie évidente ou persistante ; d'une autre part que certaines parties, et surtout la capsule interne, déterminent l'anesthésie bien plus souvent que les autres.

Si, en présence des faits sur lesquels sont fondés plusieurs des arguments précédents, on voulait persister à considérer l'anesthésie de cause organique encéphalique

comme démontrant que la partie lésée est la voie de transmission ou le centre de perception des impressions sensitives venues d'une moitié du corps, on serait nécessairement conduit aux deux absurdités que voici : la première serait que chacune des parties de l'encéphale est la seule voie de transmission ou le seul centre de perception des impressions sensitives ; la seconde serait qu'aucune partie de l'encéphale n'est une voie de transmission ou un centre percepteur des impressions sensitives.

Dans un prochain travail, j'examinerai par quel mécanisme se produit l'anesthésie dans les cas de lésions de l'encéphale. Je me bornerai, aujourd'hui à conclure des faits mentionnés ci-dessus que c'est une erreur de considérer l'anesthésie de cause encéphalique comme dépendant d'une perte de fonction de la partie lésée. »

CH. VALLON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 avril 1883. — Rapport sur un mémoire de M. le docteur Giuseppe Silvestrini (de Sassari), relatif à une *trépanation pour des accidents tardifs à la suite d'une fracture du crâne ; localisations cérébrales*, par M. Polaillon.

Le docteur Giuseppe Silvestrini, professeur de clinique médicale à la faculté de Sassari et recteur de l'université de la même ville, a adressé à l'Académie, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger, un travail écrit en italien, sur une trépanation faite pour remédier à des accidents tardifs d'une fracture de crâne. Vous m'avez chargé de vous rendre compte de ce travail ; je viens aujourd'hui m'acquitter de ma mission.

Un garçon de quinze ans, bien portant jusqu'alors, sauf quelques atteintes de fièvre due à la malaria, avait reçu dans la région fronto-temporale gauche, un coup de pied de cheval qui lui avait fracturé le crâne. Perte de connaissance pendant deux heures. Après le retour de l'intelligence, le blessé resta *comme étonné*, avec une céphalalgie frontale gauche continuelle et une tendance invincible au sommeil. Cependant il se remit à travailler aux champs. Une forte dépression du crâne existait au niveau de la fracture.

Au bout de deux mois, il fut tout d'un coup frappé d'hé-

miplégie droite avec accès convulsifs du membre de ce côté, accès se produisant trois ou quatre fois par jour. Cet état dura quinze jours, puis s'améliora progressivement et le malade recouvra complètemeut ses forces et l'usage de ses membres.

Pendant cinq mois, la santé du blessé fut très satisfaisante, malgré la céphalalgie persistante et la somnolence.

Mais au bout de cette longue période de calme, sept mois et demi après l'accident, la céphalalgie s'aggrava et on vit reparaître les accès convulsifs limités à la moitié droite du corps. Les convulsions, rares d'abord, devinrent de plus en plus fréquentes, jusqu'à se renouveler dix et quatorze fois par heure.

M. Silvestrini constata, à ce moment, une paralysie des mouvements du membre supérieur et du membre inférieur droits, et une paralysie absolue des muscles de la région faciale inférieure droite, les mouvements des régions faciales supérieures des deux côtés étant conservés. La sensibilité dans les régions paralysées était entière. L'émission des urines et des matières fécales se faisait volontairement. Les accès convulsifs affectaient la forme hémiépileptique droite et duraient plusieurs minutes. L'intelligence paraissait abolie pendant les accès les plus intenses, mais elle était intacte dans leur intervalle. Aphasie complète : le malade comprenait la valeur de chaque mot, mais il ne pouvait les prononcer ou exprimer sa pensée par parole.

En présence de ces signes de leur succession, M. Silvestrini admit qu'une pachyméningite à marche lente s'était formée à la suite de la lésion du crâne, et qu'elle avait donné naissance à une hémorragie, d'où les premiers symptômes de paralysie et de convulsion qui étaient survenus deux mois après l'accident. Cette hémorragie s'étant résorbée, les phénomènes morbides ne furent que passagers. Mais la pachyméningite continuant à suivre son cours, une nouvelle hémorragie, plus grave que la première, se produisit et amena simultanément l'aphasie, la paralysie permanente et le siège de ces symptômes conduisirent notre confrère à conclure qu'un caillot ou *hématome* comprimait la zône motrice corticale gauche du cerveau, et qu'il en résultait clairement l'indication de trépaner.

Il nous a semblé que, dans ce diagnostic si ingénieusement établi, M. Silvestrini s'était trop préoccupé de la mé-

ningite et qu'il avait laissé dans l'ombre une lésion très fréquente après les fractures avec enfoncement du crâne, je veux parler de l'inflammation de l'encéphale, dans le point contusionné et de la production lente et silencieuse d'un abcès dans la substance même du cerveau. Cette idée trop exclusive, ou peut-être cette omission, a rendu le traitement moins complet qu'il aurait pu être.

Avant de faire la trépanation, M. Silvestrini détermina la direction du sillon rolandique par une ligne qui, partant de la partie postérieure du bregma, venait aboutir au milieu de la ligne qui joint le conduit auditif à la suture fronto-zygomatique. Ce procédé de détermination qui est particulier à l'auteur, place le sillon de Rolando en avant de la région qu'il occupe réellement. Aussi, la couronne du trépan a-t-elle été appliquée trop avant pour tomber sur les centres moteurs du membre supérieur et du membre inférieur, et notablement trop haut pour tomber sur le centre du langage articulé. On peut s'en convaincre facilement en examinant le crâne de l'opéré, que je mets sous les yeux de l'Académie.

La trépanation fut très habilement pratiquée. La dure-mère ayant été incisée en croix, on constata que cette membrane était épaisse, opaque et ramollie. L'arachnoïde et la pie-mère parurent normales et le cerveau pâle et immobile.

Pendant les trois premiers jours, il y eut une amélioration notable : les accès convulsifs diminuèrent de fréquence et de durée ; l'aphasie s'amenda un peu ; mais la paralysie de la face et des membres resta sans changement.

On découvrit dans le fond de la plaie un caillot dur, de couleur gris foncé, presque complètement organisé, qui se prolongeait au-dessus et en arrière de l'ouverture crânienne, c'est-à-dire vers les centres moteurs des membres. On put extraire ce caillot par fragments, dont l'un mesurait jusqu'à 3 centimètres de longueur et 1 centimètre d'épaisseur. Le diagnostic de M. Silvestrini se trouvait donc en partie vérifié. Le but de son opération semblait atteint, lorsque, le quatrième jour, une méningite suppurative aiguë se développa et emporta l'opéré en quarante-huit heures.

La méningite et la méningo-encéphalite sont des acci-

dents trop fréquents après la trépanation pour que nous puissions nous étonner de ce dénouement. Remarquons toutefois que notre regretté Sédillot, avait bien montré qu'en appliquant rigoureusement les pansements antiseptiques sur une plaie de trépan, on se met généralement à l'abri de cette redoutable complication, Nous aurions donc désiré que l'observation nous indiquât si les pansements antiseptiques avaient été mis en usage.

Le point saillant de l'autopsie fut l'existence de deux abcès, de la substance cérébrale, l'un, gros comme une noix, situé « au pied de la circonvolution frontale, ascendante, » l'autre, « au-dessous de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando. »

M. Silvestrini croit que ces abcès se sont formés en même temps que la méningite suppurative, c'est-à-dire dans les deux derniers jours de la vie. Une évolution aussi rapide nous paraît peu admissible et peu conforme avec ce que l'on sait sur la marche habituellement lente et insidieuse des abcès du cerveau. Notre opinion, au contraire, est que ces abcès, qui siégeaient vers le centre de la parole et au niveau du contre des mouvements de la moitié inférieure de la face d'après MM. Charcot et Pitres, étaient contemporains de l'apparition de l'aphasie et de la paralysie faciale dont ils avaient été la cause. En adoptant cette idée, en tenant plus grand compte du signe capital fourni par l'aphasie et la paralysie faciale inférieure, il était indiqué d'appliquer une seconde couronne de trépan sur la région du crâne, qui correspond à la partie inférieure du sillon de Rolando. On aurait ainsi complété l'opération sans la rendre beaucoup plus grave. On aurait même dû ponctionner le cerveau. L'un des abcès, trouvés à l'autopsie, aurait très certainement été ouvert, et le contenu de l'autre abcès aurait pu s'évacuer spontanément par l'ouverture du trépan.

Mais que ce raisonnement rétrospectif ne soit pas regardé comme un reproche à la conduite de M. Silvestrini. Il existe dans la science trop de faits semblables, dans lesquels on n'a découvert qu'à l'autopsie le point où il aurait fallu trépaner et inciser le cerveau, pour qu'on puisse blâmer le chirurgien qui s'est abstenu d'agir. Et quand on considère combien nos connaissances sur les localisations cérébrales chez l'homme sont encore vagues, la réserve est fort admissible.

Retenons l'observation de M. Silvestrini comme une nouvelle preuve des localisations cérébrales. Le centre moteur du membre supérieur et du membre inférieur, que l'on place à la partie supérieure du sillon de Rolando, était, en effet, comprimé et irrité par un caillot, d'où la paralysie de ces membres et leurs convulsions épileptiques. Le centre moteur du langage articulé était le siège d'un abcès, d'où l'aphasie. Quant au centre moteur des muscles de la moitié inférieure de la face, qui est encore mal déterminé, le fait de M. Silvestrini confirme l'opinion de MM. Charcot et Pitres qui le placent en arrière du centre de la parole, au-dessous de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando, dans le point où le médecin de Sassari a précisément rencontré un abcès.

J'ai l'honneur de proposer à l'Académie de voter des remercîments à M. Silvestrini et de déposer son intéressant travail dans nos archives.

Séance du 1er mai 1883.— *D'une lacune de la législation relativement aux aliénés dits criminels*, par M. BILLOD, correspondant national. — Inscrit une première fois pour faire à l'Académie cette communication, j'y avais renoncé, croyant que le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838, dont on venait d'annoncer la présentation au Sénat la rendrait sans objet. La lecture de ce projet de loi, publié depuis, m'ayant ôté cette illusion et m'ayant donné lieu de constater, par exemple, que tout en proposant de notables améliorations à la législation existante, il y laissait subsister l'importante lacune sur laquelle j'avais songé d'abord à appeler l'attention de l'Académie, j'ai cru devoir me raviser et demander de nouveau pour cet objet la faveur d'un tour de parole. Me souvenant de la bienveillance avec laquelle l'Académie a accueilli l'année dernière une communication relative au danger qui semblait résulter pour la société d'une tendance à trop multiplier les excuses basées sur l'état mental des criminels, je me sens encouragé à l'entretenir d'un autre danger, c'est celui que font courir à cette même société, non pas les aliénés dits criminels qui restent aliénés, mais ceux de ces aliénés qui cessent de l'être, en restant prédisposés à le redevenir avec les mêmes tendances que celles qui leur ont fait commettre leur premier crime. Je veux parler, en d'autres

termes, des aliénés dits criminels qui, après avoir bénéficié d'une ordonnance de non lieu ou d'un verdict d'acquittement, parce qu'ils ont été reconnus aliénés au moment de l'action, ont été internés dans un établissement d'aliénés et qui y trouvent la guérison, en conservant, avec des chances plus ou moins grandes de rechute, une tendance plus ou moins marquée à commettre de nouveaux crimes. Il s'agit ici, je tiens à le bien spécifier tout d'abord, du danger que ces individus font courir, non pas durant leur séquestration et tant qu'ils sont aliénés, mais alors qu'ils guérissent, c'est-à-dire alors que, cessant d'être aliénés, leur sortie de l'établissement spécial et leur rentrée dans la société sont de droit strict. Ce danger est d'autant plus sérieux que, ainsi que je crois pouvoir le démontrer, il n'existe dans la législation actuelle aucune disposition qui puisse en préserver la société, et la constatation ne peut en être qu'opportune, au moment ou l'événement qui a jeté, ces jours-ci, l'épouvante sur le boulevard des Italiens, et mis si gravement en péril la vie de trois personnes, vient de montrer une fois de plus le terrible usage que certains aliénés font de leur liberté.

Pour le besoin de mon argumentation, je prends pour types les aliénés dits criminels dont l'état mental a pour caractéristique une tendance à l'homicide et je suppose le cas où cette tendance s'est affirmée par un meurtre perpétré.

Pour ceux de ces aliénés qui restent aliénés, la question ne fait pas l'ombre d'un doute, et tout le monde est d'accord, non seulement sur la nécessité de les maintenir dans l'établissement spécial, mais encore sur la parfaite légalité de la mesure. Il s'agit seulement de savoir, et c'est la question qui se pose en ce moment, si, pour cette catégorie d'aliénés, il convient de créer des asiles spéciaux, ainsi que l'ont fait déjà l'Angleterre et l'Amérique et ainsi que se dispose à le faire l'Italie par la création, aujourd'hui décidée, de trois établissements de ce genre, ou s'il suffit d'instituer dans les asiles ordinaires des quartiers spéciaux et distincts.

En est-il de même pour les aliénés dits criminels qui guérissent pendant leur internement dans l'établissement spécial ? Peuvent-ils dans ce cas être retenus légalement dans un établissement qui a pour destination exclusive de

n'admettre et de ne retenir que des aliénés? La société, en un mot, est-elle suffisamment, ou même à un degré quelconque protégée, par la législation actuelle, contre ces individus et contre leurs chances de rechute? je ne le crois pas et c'est précisément ce que je me propose d'établir dans cette communication.

Je fais remarquer incidemment que la guérison d'un aliéné criminel n'a rien d'hypothétique. L'aliénation mentale étant considérée comme une maladie, on se demande pourquoi cette maladie ne guérirait pas, aussi bien dans l'espèce d'un aliéné dangereux, que dans celle d'un aliéné inoffensif.

Le danger que l'aliéné dit criminel, après sa guérison, fait courir à la société et contre lequel celle-ci, je le répète, est complètement désarmée, ressort de ce fait que dès qu'un aliéné, qu'il ait été ou non dangereux, est guéri la loi exige qu'il sorte de l'établissement; il rentre alors dans la société et il y rentre avec des chances plus ou moins grandes de le redevenir et de le redevenir avec les mêmes tendances que celles qui ont caractérisé sa première atteinte. Or, quand on songe que c'est au médecin de l'asile qu'incombe la responsabilité des conséquences du retour dans la société de cette sorte d'individus, puisque c'est sur un certificat délivré par lui et constatant la guérison qu'aux termes de cette même loi, cette sortie a lieu, on conçoit l'embarras et les hésitations de ce praticien, en présence de cas dans lesquels il a acquis la conviction que le malade est guéri, mais où il lui semble que cette guérison qui serait, selon toute probabilité, durable si le sujet restait dans l'établissement, manque de stabilité, et que les conditions seules du retour dans la société peuvent et doivent suffire pour déterminer une rechute. Aussi n'est-il pas rare de le voir retarder indéfiniment la délivrance du certificat qui doit servir de base à l'arrêté de sortie. Mais j'estime que, dans l'état actuel de la législation, il ne le peut qu'en contrevenant à la loi. Cette loi, en effet, *est formelle*. Du moment où il n'y a plus d'aliénation mentale, il ne doit plus y avoir de séquestration dans l'asile d'aliénés, cette séquestration doit cesser de plein droit. Pour ce qui me concerne, je ne me suis jamais, je l'avoue, senti le courage de provoquer par un certificat de guérison, la sortie d'aliénés dits criminels *guéris*, mais qui me semblaient

devoir être, par le fait seul de leur mise en liberté, voués à une rechute à peu près inévitable, rechute dont la conséquence pouvait être un meurtre consommé avant que la réintégration ait pu être opérée.

Je regrettais, sans doute, cette nécessité de prolonger la séquestration d'individus qui pouvaient être radicalement guéris, mais pour la guerison desquels je manquais, en définitive, d'un criterium qui me permît d'affirmer avec une entière certitude que ces individus avaient cessé d'être dangereux pour la société ; mais entre l'intérêt de cette dernière et celui d'un de ses membres, je n'ai jamais cru que la moindre hésitation pût m'être permise, alors surtout qu'en faisant prévaloir le premier de ces deux intérêts sur le deuxième, il ne m'était pas bien démontré que je ne les servisse pas également tous les deux.

Parmi les cas dans lesquels j'ai eu à m'inspirer de ce principe, je demande à l'Académie la permission de lui citer celui d'une femme que j'avais dans mon service, il y a quelques années et qui, avant d'y entrer, venait, sous l'influence d'un accès de délire mélancolique, de se jeter dans la Seine avec deux enfants en bas âge. Son état mental, s'étant, après quelques semaines, assez sensiblement amélioré pour qu'on pût croire à la guérison, cette femme se mit à réclamer sa sortie avec des instances de plus en plus pressantes ; le mari, de son côté, ne cessait de me supplier de lui rendre sa femme que redemandaient également ses enfants. J'étais navré d'avoir à résister à tant de supplications, mais en me rappelant la tentative faite par la malade au début de sa maladie et redoutant le retour d'un accès qui pouvait entraîner un malheur irréparable, cette fois, je ne pouvais me résoudre à délivrer le certificat à fin de sortie, et je ne sais ce qui serait advenu, si le mari, désespérant de me fléchir, n'avait demandé et obtenu le transfert de sa femme dans un établissement de Paris, sous le prétexte allégué par lui, de pouvoir la visiter plus facilement et à moins de frais. J'ai su depuis, que, plus hardi que moi, mon collègue de cet établissement a fait sortir la malade qui est même venue depuis me rendre visite et me remercier des soins que je lui avais donnés. Sa raison me parut tout à fait raffermie et j'aime à croire que j'ai poussé trop loin à l'égard de cette femme la prudence et la circonspection. Il ne serait cependant pas bien

sûr que la leçon me profitât et que, le cas échéant, je ne fusse pas aussi hésitant,

Je ne l'ai pas été moins pour la sortie d'un aliéné qui a fait courir à la société un danger dont je frémis encore. S'étant évadé pendant une nuit d'hiver, cet individu, ancien aiguilleur de chemin de fer, fut conduit par les réminiscences de sa profession, sur la voie du chemin de fer d'Orléans et, s'étant mis à tourner les disques qui servent de signaux, pouvait par cette manœuvre, si l'on ne s'en était aperçu à temps, amener une rencontre de trains et par suite une épouvantable catastrophe. Je n'ai pas besoin de faire observer que, dans le cas de guérison d'un aliéné dangereux, la crainte d'une rechute après la sortie ne peut constituer un obstacle légal à cette sortie.

Que si l'on arguait de l'article 29 de la loi du 30 juin 1838 qui permet à tout malade placé dans un asile d'aliénés, où à toute personne s'intéressant à ce malade, de se pourvoir devant le tribunal du lieu pour demander sa sortie ; que, si l'on arguait dis-je, de cet article pour prétendre que le médecin chargé de faire la déclaration de guérison qui doit servir de base à l'arrêté de sortie, n'est pas aussi réellement privé de garanties qu'on veut bien le dire, je répondrais : « oui, sans doute, cet article de loi offre une ressource précieuse à laquelle il est bon, dans certains cas de recourir, mais ces cas sont ceux dans lesquels l'obsession d'un malade ou d'un membre de sa famille tendrait à obliger le médecin à prendre l'initiative d'une déclaration de guérison, alors que cette guérison lui paraît douteuse ou illusoire et ils n'ont rien de commun avec ceux dans lesquels le médecin a lui-même la conviction que le malade est guéri, et ou son devoir strict serait d'en faire la déclaration, mais où il ne peut s'y résoudre, cette déclaration devant forcément, aux termes de la législation actuelle, entraîner une sortie dont les conséquences, à raison des chances de rechute, lui semblent devoir engager plus ou moins sa responsabilité. Si, dans ces cas, il fait connaître au malade qui réclame sa sortie, ou à toute autre personne se faisant forte pour lui, le droit que leur confère ledit article 29, ce ne peut être que pour éluder une obligation qui lui incomberait à lui-même, et avec le secret d'espoir d'avoir la main forcée et de dégager ainsi sa responsabilité.

Après avoir posé en principe qu'on ne pouvait, en dépit de ses chances de rechutes retenir un aliéné dit criminel dans un asile d'aliénés après sa guérison confirmée, qu'en contrevenant à la loi actuelle, il me reste à le prouver par les citations suivantes de cette loi.

Le titre premier *des établissements d'aliénés* indique d'abord la destination spéciale de ces établissements et cette destination ressort plus implicitement encore de l'article premier : « chaque département est tenu d'avoir un établissement spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés... soit de ce département, soit de tout autre département. »

En faisant de la constatation de la folie par un certificat de médecin, la condition *sine qua non* du placement dans ces établissements, quel que soit le titre de ce placement, qu'il soit d'office ou volontaire, cette loi indique de plus assez clairement que nul ne peut y être admis et, à plus forte raison, maintenu s'il n'est aliéné. Or, un aliéné guéri n'est plus un aliéné et son maintien dans un établissement d'aliénés ne peut être qu'une contravention à la loi.

Les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine dont cette loi exige la production, ainsi que celle des états semestriels qui servent de base aux arrêtés de maintenue, les visites prescrites par l'article 4, sont autant d'indices de cette préoccupation, tendant à ce qu'il ne soit admis et maintenu dans les asiles d'aliénés que des aliénés. Cette préoccupation éclate, si l'on peut ainsi dire, dans les divers articles de cette loi ; mais parmi ces articles, il n'en est pas où elle ressorte avec plus d'évidence que l'article 13, et il n'en est pas, par suite qui fournisse un argument plus péremptoire en faveur de la thèse que nous soutenons, à savoir : qu'un aliéné dangereux ne peut être légalement maintenu dans un établissement d'aliénés après sa guérison, c'est-à-dire *alors qu'il n'est plus aliéné.*

Cet article est en effet ainsi conçu :

« *Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être maintenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré sur le registre énoncé en l'article précédent que la guérison est obtenue.* »

Je n'ai pas besoin de faire observer à ce propos que le devoir pour le médecin de faire la déclaration dont il s'agit aussitôt qu'il juge qu'il y a guérison, est corrélatif de

l'obligation où se trouve le directeur d'effectuer immédiatement la sortie, s'il s'agit d'un placement volontaire, et de la provoquer, s'il s'agit d'un placement ordonné d'office, lorsque cette déclaration du médecin a eu lieu.

Sans doute le médecin a le droit. et on ne peut le lui dénier, de retarder sa déclaration de guérison aussi longtemps que cette guérison lui paraît douteuse, mais, il est évident que l'exercice de ce droit ne peut être indéfini et qu'il a naturellement une limite dans la conviction que le médecin doit se faire tôt ou tard, sur le point de savoir : si son malade est ou n'est pas guéri, et si, par exemple, il est ou n'est pas dans une phase de rémission ou d'intermission.

Il est donc certain que, dans les cas où, l'intérêt de la société semblant l'exiger, on prolonge la séquestration dans l'asile d'aliénés, d'un aliéné guéri, mais suspect de rechute, on commet une illégalité.

C'est surtout dans l'espèce des aliénés dangereux dont la folie procède de l'alcoolisme que se présente le plus souvent l'occasion de commettre cette illégalité, les alcoolisés ne guérissant en général, de l'accès de délire qui résulte pour eux de l'intoxication alcoolique qu'en conservant une tendance plus ou moins irrésistible à s'intoxiquer de nouveau et à redevenir par suite aliénés. C'est de ces malades en effet, qu'il est permis de dire que, *curables de l'effet*, ils restent le plus souvent *incurables de la cause.*

C'est évidemment à cette catégorie de malades, qu'appartient l'individu dont Lasègue a raconté naguère l'histoire sous le titre de : *roman réaliste d'un alcoolique qui a été séquestré vingt-trois fois*, c'est-à-dire qu'il a été vingt-trois fois considéré comme guéri et que vingt-trois fois son retour dans la société a été suivi d'une rechute.

J'ai eu moi-même dans mon service, à l'asile de Vaucluse, un individu qui en était à sa treizième séquestration. A peine réintégré, il redevenait lucide et son état mental restait irréprochable pendant toute la durée de ses séquestrations, si longue que fut cette durée. La dernière avait été de dix-huit mois, il ne manifestait alors aucun besoin apparent de boire. Lorsque, cédant à ses pressantes instances, je me résolvais à provoquer sa sortie, c'était avec la conviction qu'il rechuterait, et j'avoue que, si les carac-

« 2° Tout inculpé poursuivi pour délit, qui aura été relaxé ou qui aura été l'objet d'une ordonnance de non-lieu, comme irresponsable à raison de son état mental.

« Si la sortie d'un de ces internés est demandée à une époque quelconque, la demande sera déférée de droit à la Chambre du conseil, conformément à l'article 41 ci-après.

« Art. 41. Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate. Il suffit à cet effet que le réclamant adresse une demande sur papier libre au procureur de la République, qui doit sans retard en saisir la Chambre du conseil.

« Les personnes qui auront demandé le placement et le procureur de la République, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

« Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur, le procureur de la République ou par l'interdit lui-même.

« La décision sera rendue sans aucuns frais, en Chambre du conseil, et sans délai ; elle ne sera pas motivée. »

Or, si l'on examine chacun de ces articles au point de vue des applications que l'on pourrait en faire à la catégorie d'individus que je vise dans cette communication, c'est-à-dire aux aliénés criminels grâciés, mais suspects de rechute, on peut remarquer que, pour le maintien dans l'établissement, ils supposent toujours la condition d'être *aliéné*.

On remarquera, à propos de l'article 41 du nouveau projet, que le médecin de l'établissement où se trouve l'aliéné dont la sortie peut être en cause, ne figure pas parmi les personnes qui peuvent se pourvoir devant le tribunal, afin de provoquer cette sortie. Que doit-on conclure de ce silence de la loi ? Serait-ce que ce praticien n'a pas qualité pour le faire, et qu'il n'a, à l'égard de la sortie, aucune initiative à prendre ? S'il en était ainsi, il ne pourrait que s'en féliciter au point de vue de sa responsabilité ; celle que la loi fait peser sur lui est assez lourde pour qu'il ne puisse regretter de s'en voir allégé.

Mais, dispensé de prendre une telle initiative, le serait-il

de faire, comme médecin, la déclaration de guérison ? Non, évidemment. Cette obligation ne résulte-t-elle. pas pour lui des autres prescriptions de la loi ?

Dans des cas de cette nature, il ne serait, aux termes de la loi projetée, tenu qu'à certifier la guérison, sans que rien l'obligeât à conclure à la sortie.

De l'ensemble des dispositions de la loi projetée, il ressort évidemment une tendance à décharger le médecin de la responsabilité que la loi actuelle fait peser sur lui à propos de la sortie des aliénés dangereux. Mais il semble qu'elle ne le fait qu'en déplaçant cette même responsabilité.

Elle aboutit, en effet, à créer une situation dans laquelle, à l'égard des aliénés criminels guéris, mais suspects de rechute, que l'intérêt de la sûreté oblige à retenir dans l'établissement, la loi, au lieu d'être violée par le médecin avec la sanction de l'autorité administrative, le serait par l'autorité judiciaire représentée par la Chambre du conseil d'un tribunal, et qu'elle le serait par des magistrats, c'est-à-dire par des membres d'un corps qui a précisément pour mission de poursuivre en tout l'exécution des lois.

Tout en admettant, sous la réserve d'une modification qui fasse disparaître de la loi projetée la cause d'illégalité que je signale, la substitution proposée de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative, pour ordonner la sortie des individus dont il s'agit, je ne puis dissimuler qu'au système de la Chambre du conseil, d'un tribunal statuant sur des cas de cette nature, je préférerais de beaucoup celui de la commission mixte dont M. Barbier, alors conseiller à la Cour de cassation, aujourd'hui procureur général à la même Cour, proposait l'institution dans une des séances du Congrès international de médecine mentale, d'août 1878, dont voici la formule :

« Dans tous les cas où un individu poursuivi pour crime ou délit aura été relaxé ou acquitté comme irresponsable de l'acte imputé, en raison de son état mental, il sera interné dans un établissement d'aliénés par mesure administrative.

« Si cependant la sortie est demandée pour cause de guérison, avant que cette sortie soit ordonnée, il devra être examiné si cet individu n'est pas légitimement suspect de rechute.

« Cet examen sera fait par une commission mixte composée :

« 1° Du médecin de l'asile au service duquel appartient l'individu dont il s'agit;

« 2° Du préfet du département ou de son délégué;

« 3° Du procureur général du ressort ou de son délégué.

« La commission pourra faire appel, si elle le juge nécessaire, aux concours et aux lumières spéciales de tous autres médecins aliénistes.

« Si la commission juge que l'individu n'est pas suspect de rechute, sa sortie sera ordonnée.

« Dans le cas contraire, il sera sursis de droit à la sortie.

« L'effet de ce sursis ne pourra se prolonger au delà d'une année.

« A l'expiration de chaque année, l'individu dont il s'agit, qui aura été l'objet, pendant le temps intermédiaire, d'une observation spéciale, sera soumis à un nouvel examen de la commission mixte, qu'il statuera comme il est dit ci-dessus. »

Le professeur Lasègue, qui présidait la séance dans laquelle cette proposition a été discutée et adoptée, a fait observer à cette occasion que, par suite de son adoption, les médecins se trouveraient déchargés de la lourde responsabilité qu'ils encourent en faisant sortir de l'asile un aliéné criminel qu'ils croient guéri.

M. Barbier, du reste, dans le cours de la discussion qui a suivi l'énoncé de sa proposition, ne s'est pas montré partisan du transport de l'administration à l'autorité judiciaire du pouvoir d'ordonner la sortie des aliénés dits criminels, et il a même déclaré qu'il y répugnait.

« Pour ma part, » a-t-il dit, « je suis d'avis qu'il n'ap-
« partient pas au pouvoir judiciaire de statuer sur autre
« chose que sur des faits qui constituent des infractions à
« la loi pénale, et c'est pour cela qu'est instituée la magis-
« trature L'administration, au contraire, est instituée
« pour faire la police, dans le sens le plus élevé du mot. »

Prévoyant les cas dans lesquels ladite commission opinerait pour qu'il fût sursis à la sortie, M. Barbier faisait observer avec beaucoup de raison qu'il ne s'agirait alors que d'un sursis. « Ce sursis, » ajoutait-il, « serait-il indéfini? Évidemment non; la pérennité de la privation de la liberté répugne à l'humanité autant qu'à la justice. »

Quelle que soit la solution pour laquelle on opte, elle suppose une révision de la loi, et il serait fort à désirer

que la présentation faite par le gouvernement au Sénat du projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838, fournit l'occasion de la reviser au moins sur le point que je viens de signaler avec des développements pour lesquels il me reste à réclamer l'indulgence de l'Académie.

— A la demande de M. Larrey, appuyée par MM. Blanche et Marrotte, et en raison de la discussion prochaine au Sénat sur la révision de la loi de 1838 relative au régime des aliénés, M. LE PRÉSIDENT décide que *la discussion des mesures nouvelles à prendre vis-à-vis des aliénés* est ouverte devant l'Académie.

Séance du 8 mai 1883. — M. J. BRONGNIART lit une *Étude sur la gravelle urinaire simulée et sur ses rapports chez la femme avec l'hystérie*. — Il attribue la fréquence relative de cette simulation, rare chez la femme, à la conformation anatomique de ses organes urinaires qui permettent l'introduction de corps étrangers dans la vessie et l'urèthre, ainsi qu'à la sensibilité de ce dernier organe. Il pense, en outre, que les douleurs lombo-abdominales, si fréquentes chez les hystériques, peuvent provoquer la simulation de la gravelle urinaire chez des malades dont les unes sont poussées à une supercherie quelquefois imitative, liée à l'hystérie et dont les autres cherchent simplement à mettre une fausse étiquette sur leur maladie.

Séance du 15 mai 1883. — *Observation d'un cas d'atrophie du cerveau consécutive à l'amputation d'un membre*, par M. BOURDON. — J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie un nouvel exemple d'atrophie du cerveau consécutive à l'amputation d'un membre.

Il s'agit dans ce cas, d'un ancien militaire, âgé de 73 ans, mort dans le service de M. le D[r] Vincent, médecin en chef de l'Hôtel des invalides. (*L'observation a été recueillie par M. Dagonet, élève du service*).

Cet homme, qui avait subi il y a 40 ans, la désarticulation du bras gauche, a succombé, en 36 heures, à une congestion méningo-encéphalique. Jusqu'alors, il n'avait éprouvé aucun accident cérébral et, néanmoins, pendant les dernières années de sa vie, le membre inférieur correspondant au bras amputé, s'était peu à peu paralysé ; il traînait la jambe et fauchait légèrement en marchant.

Voici les altérations que présente le cerveau :

1° A la surface, sur plusieurs points des deux hémis-

phères, on remarque un piqueté rouge et une injection très prononcées des méninges. Ce sont les traces de la congestion qui a amené la mort ;

2° Sur l'hémisphère droit il existe un affaissement de 3 à 4 millimètres de profondeur, au niveau du tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante ; à la face interne du même hémisphère, sur le lobule paracentral, on observe le même affaissement et sur la crête, qui correspond à ce lobule, une dépression, sorte d'encoche, de 2 à 3 millimètres ;

3° Le ventricule latéral du côté affecté, rempli d'une sérosité limpide et incolore, a subi un agrandissement considérable ; à sa partie moyenne et supérieure, il existe un diverticulum très profond correspondant à la circonvolution atrophiée, diverticulum dont le fond s'approche très près de la surface du cerveau ; en effet, à ce niveau, l'épaisseur de la paroi supérieure du ventricule n'est que 4 millimètres, tandis que dans l'hémisphère opposé cette paroi a une épaisseur de 14 millimètres.

Un pareil amincissement dénote une atrophie très étendue de la substance blanche sous-jacente à la circonvolution affectée ;

4° Le corps strié du même côté présente une dépression dans son tiers moyen et la couche optique voisine est aplatie, notablement, dans le sens vertical.

L'atrophie a atteint l'Insula de Reil qui ne présente que trois plis affaissés et peu distincts, alors que, dans l'hémisphère sain, ce lobule à cinq plis bien dessinés et très saillants.

En examinant la paroi antérieure du quatrième ventricule, on remarque que la ligne médiane est déviée de gauche à droite et de bas en haut.

Sur des coupes horizontales du bulbe et de la protubérance, cette disposition se caractérise d'une manière plus manifeste. On constate, en effet, que la ligne du raphé médian est oblique d'arrière en avant et de gauche à droite et que toute la portion de substance nerveuse qui est à droite du raphé est très notablement atrophiée ;

5° Les hémisphères sont pesés séparément et avec le plus grand soin : le droit pèse 31 grammes de moins que le gauche, c'est-à-dire 548 grammes, au lieu de 579. Notons ici que ces 31 grammes représentent en volume, un

fragment de cerveau humain ayant la grosseur d'un petit œuf de poule ;

6° La mensuration fournit les renseignements suivants : la circonférence de l'hémisphère sain, prise au niveau de la circonvolution frontale ascendante est de 24 centimètres 8, tandis que la circonférence de l'hémisphère atrophié prise au même niveau, n'est que 22 centimètres 8, différence 2 centimètres.

Dans l'épaisseur du cerveau, on ne trouve aucune tumeur, aucun foyer de ramollissement ou d'hémorragie, pour expliquer la paralysie de la jambe.

Voilà donc un fait à ajouter aux six que j'ai déjà réunis dans mon mémoire sur les centres moteurs des membres et dont trois appartiennent à notre savant collègue, M. Luys. Il démontre, comme eux, que l'amputation ou l'arrêt de développement d'un membre amène consécutivement une atrophie de la zone motrice du cerveau, en avant et en arrière du sillon de Rolando. (Dans les trois cas d'amputation du bras, une fois l'atrophie occupait la circonvolution frontale ascendante, une fois la pariétale ascendante et une fois les deux circonvolutions ascendantes. Dans tous les cas, le lobule paracentral était atrophié.

Pour les faits d'amputation ou d'arrêt de développement du membre inférieur, trois fois l'atrophie existait en avant du sillon de Rolando et une fois en arrière ; mais toujours à la partie supérieure de la zone motrice, comme pour les amputations du bras.)

Il prouve, de plus, que cette lésion, par défaut d'activité fonctionnelle, ordinairement bornée à l'écorce cérébrale, peut s'étendre secondairement à la substance blanche sous-jacente au corps strié, à la couche optique et à la moitié latérale de la protubérance et du bulbe.

Une extension aussi considérable de l'atrophie, qui n'avait pas encore été signalée dans les cas d'amputation, méritait déjà d'être remarquée et mentionnée.

Mais un fait complètement nouveau semble ressortir de cette observation : c'est l'apparition de la paralysie de la jambe du même côté que le bras amputé.

Cette paralysie survenant graduellement, dans les dernières années de la vie, sans être accompagnée d'aucun symptôme cérébral, peut, selon nous, être attribué à la propagation de l'atrophie.

On comprend, en effet, que la lésion primitive, affectant une marche envahissante, atteigne de proche en proche, les cellules et les fibres nerveuses qui régissent les mouvements du membre correspondant au côté mutilé.

Nous reconnaissons, toutefois, qu'avant d'être acceptée, notre explication aurait besoin de s'appuyer sur d'autres faits du même genre.

On pourrait aussi se demander si la marche progressive de la lésion du cerveau n'a pas été favorisée dans le cas particulier, par l'âge avancé du malade, l'atrophie cérébrale étant une altération commune, chez les vieillards.

Quoi qu'il en soit, cette observation nous a paru assez intéressante pour être communiquée à l'Académie.

CH. VALLON.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 29 janvier 1883. — M. BILLOD lit un mémoire sur la question suivante : *De la conduite à tenir quand on est consulté par un sujet qui se croit menacé de folie parce qu'il est issu de parents aliénés.*

Le devoir du médecin étant, dans ce cas, de rassurer à tout prix, il semble à M. Billod devoir être établi en principe que sa réponse à cette question doit être conçue et libellée de manière à fournir du principe de l'hérédité de la folie une interpretation qui soit à l'encontre des craintes exprimées.

D'un autre côté, dit M. Billod, comme l'obligation de dire la vérité en toutes choses n'incombe pas moins au médecin, qu'aux autres hommes, il importe que, dans son interprétation du principe de l'hérédité de la folie, celui-ci s'en éloigne le moins possible et que, dans les cas où il croit devoir s'en écarter, il ait la conscience d'obéir à une rigoureuse nécessité et de remplir, même en cela, un devoir professionnel.

Il s'agit d'une question d'interprétation, pour laquelle le médecin relève de sa propre conscience et ne doit prendre conseil que de lui-même.

La lecture de ce mémoire est suivie d'une discussion à laquelle prennent part la plupart des membres de la Société. L'opinion générale est qu'il s'agit là d'une question de pratique individuelle pour laquelle il n'est pas

possible de tracer de règles. D'ailleurs, comme le fait remarquer, avec raison, M. Christian, la conduite à tenir par le médecin dans ces questions de l'hérédité de la folie n'a rien de spécial. Les mêmes interrogations sont posées pour les affections tuberculeuses, cancéreuses, cardiaques, etc. Or, que l'on ait affaire à ces maladies ou à l'aliénation mentale, le rôle du médecin est toujours semblable : il consiste à rassurer sans se départir d'une grande réserve.

Séance du 26 février 1883. — M. BALL communique à la Société *un cas d'aphasie intermittente* (1). Cette communication est suivie d'une courte discussion à laquelle prennent part MM. Dally, Foville, Delasiauve, Billod.

Séance du 12 mars 1883. — *Des garanties apportées à la sortie des aliénés des établissements publics et privés.*

M. MOTET. — La loi du 30 juin 1838, que tant de personnes attaquent sans la bien connaître, n'est pas seulement une loi de police, mais aussi une loi d'assistance. Préoccupés de donner le plus rapidement possible à l'aliéné les soins que son état réclame, les législateurs ont voulu que l'admission pût être prompte, et ont écarté toutes les formalités qui seraient devenues une cause de retards, aussi préjudiciables souvent à l'intérêt du malade qu'à celui de la famille et de la société.

Mais il leur parut nécessaire aussi de rendre les sorties promptes et faciles. C'est pour cela qu'ils ont créé pour tout le monde le droit de réclamer la sortie et édicté des pénalités contre les médecins ou les directeurs qui l'auraient retardée ou refusée. M. Motet désire passer en revue tous les articles de la loi qui visent les sorties dans le cas de guérison constatée, les sorties réclamées par un ayant-droit, même avant la guérison, et enfin les articles qui permettent à l'autorité administrative et à l'autorité judiciaire d'intervenir toutes les fois qu'elles le jugent utile ou qu'elles sont directement saisies.

L'article 13 dit expressément : « Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt qus les médecins de l'établissement auront déclaré sur le registre énoncé en l'article précédent que la guérison est obtenue. — S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration

(1) Cette observation a été publiée dans l'*Encéphale*, 1883.

du médecin aux personnes auxquelles il devra être remis et au procureur du roi. »

Cet article est impératif. Qu'il s'agisse d'un placement volontaire ou d'un placement d'office, les directeurs auxquels les médecins ont signalé la guérison doivent, sans délai, aviser dans le premier cas la personne à laquelle l'aliéné doit être remis, dans le second, le Préfet qui statue immédiatement. Il n'a pas le pouvoir de s'opposer à la sortie dans ce cas, la loi ne le lui réserve que dans des conditions toutes spéciales qu'elle a nettement précisées.

Il ne suffisait pas de prévoir les sorties par suite de guérison ; c'eut été réduire le droit des familles. Il était juste que cette facilité apportée à la sortie, même en dehors des cas de guérison, n'eût d'autre limite que l'intérêt bien entendu des aliénés, que la sauvegarde de la sécurité publique. Les législateurs de 1838 ont apporté à la rédaction de l'article 14 un soin méticuleux. Ils ne se sont pas dissimulé que la facilité grande qu'ils laissaient pouvait avoir peut-être quelques inconvénients, et ils ont cherché à les atténuer. Mais rien n'a prévalu devant eux contre cette idée haute qu'ils n'ont jamais voulu éloigner d'eux : « Il faut que, si l'entrée est facile, la sortie ne le soit pas moins. »

Voici le texte de l'article 14 :

« Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

1° Le curateur, nommé en exécution de l'art. 38 de la présente loi ;

2° L'époux ou l'épouse ;

3° S'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ;

4° La personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;

5° Toute personne à ce autorisée par le conseil de famille.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant-droit qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet. Ce sursis provisoire cessera de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné l'ordre contraire, conformément à l'article 21 ci-après. L'ordre du maire sera transcrit sur le registre tenu en exécution de l'article 12.

En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur pourra seul requérir la sortie. »

Cette interprétation si large trouva à la Chambre des députés des adversaires convaincus. On craignit que l'aliéné fut réclamé avant sa guérison par des personnes disposées à abuser de son état, et M. de Gobéry demanda que l'avis du conseil de famille intervint toujours dans le cas de sortie avant la guérison. Mais le rapporteur, M. Vivien, lui répondit que ce serait créer des obstacles très graves à la sortie. Ce serait vouloir qu'un père lui-même, qui aura mis sa fille dans une maison d'aliénés pour y être traitée, soit tenu d'assembler le conseil de famille, et de lui demander la permission de reprendre sa fille.

« Un mari, disait-il, a eu la douleur de placer sa femme dans un établissement d'aliénés, faudra-t-il qu'il assemble le conseil de famille et qu'il lui demande la permission de reprendre sa femme? Il suffit d'indiquer la partie de l'amendement de M. de Gobbéry pour que la Chambre ne l'adopte pas. »

M. Billanti se plaça entre M. de Gobéry et M. Vivien, et le ministre se rangea à son avis. « Il est très bien, dit-il, que vous accordiez au père, à la mère, à l'époux, à l'épouse, le droit de retirer sans contrôle, soit leur époux, soit leur fils, parce qu'il y a là un lien de famille et d'affection tellement sacré qu'il me semble devoir prédominer toute inquiétude de préoccupation pécuniaire. Mais si, vous étendant aux degrés plus éloignés de la famille, vous arrivez au frère, à la sœur, aux descendants, la question devient plus délicate ; il peut surgir dans la famille de graves et déplorables rivalités d'intérêt. Entre enfants du même père, ou frères et sœurs du même individu frappé

d'aliénation mentale, l'affection disparaît trop souvent devant les jalousies pécuniaires. Bien des familles ont donné ce douloureux exemple.

Pouvez-vous exposer la société à voir un malheureux père frappé d'aliénation mentale, ne s'appartenant plus, et que des enfants se disputeront, les uns en le faisant enfermer, les autres en le faisant sortir, dans le but d'une vile spéculation d'intérêt. Ne redouterez-vous pas encore plus le même danger entre collatéraux à l'égard de leur frère insensé?

L'affection paternelle, l'affection conjugale, vous donnent une sainte et suffisante garantie de désintéressement; mais malheureusement il n'en est pas de même des affections collatérales. Elles ont bien souvent fait place à des haines, à des débats scandaleux.

Par ces motifs, corrigeant ce qu'a de trop absolu l'amendement de M. de Gobbéry, je propose d'exiger la délibération préalable du conseil de famille pour tous autres parents que les ascendants ou époux. »

La chambre des pairs y voulut ajouter, et avec raison, la personne qui a signé la demande d'admission. L'art. 14 sortit de ces délibérations tel que nous le trouvons dans la loi. Il est précis, il est d'une interprétation facile ; il a été dicté par le désir de rendre à la liberté, à la vie de famille, même avant sa guérison, tout aliéné réclamé par l'un des siens, qui s'engage à lui accorder la surveillance et les soins que son état peut réclamer encore. Ce n'est que dans le cas où l'aliéné pourrait compromettre l'ordre public, la sécurité des personnes, que l'autorité administrative avertie peut et doit intervenir (art. 21).

Qu'il puisse y avoir des inconvénients à ces sorties trop faciles, personne ne le contestera. Mais quelle est la loi qui peut tout prévoir? Faudra-t-il, parce que malgré les intentions du législateur, ceux, sur l'affection et le dévouement desquels il avait cru pouvoir compter ont abusé de la situation d'un aliéné, enlever à la loi son caractère d'humanité, la ramener à une formule plus sévère, plus étroite? Tel n'est pas notre avis ; la commission de révision de la loi de 1838 n'a pas cru, elle non plus, qu'il fallut modifier les dispositions générales de l'art. 14. Elle a seulement ajouté aux termes : « l'ordre public ou la sûreté des personnes » ceux-ci : *et sa propre sûreté.* »

Cette addition, continue M. Motet, calmera, je l'espère, les préoccupations qui se sont éveillées à l'occasion d'un fait récent, dont l'opinion publique se montre fort émue et que je ne veux pas discuter en ce moment. Je veux dire seulement qu'un médecin, chef d'un établissement public ou privé, ne peut pas, à propos d'un placement volontaire, refuser de rendre à un père, à une mère qui le réclame, un aliéné non guéri, lorsqu'il n'est pas dangereux pour l'ordre public ou la sûreté des personnes. S'il s'y refusait, il violerait la loi et tomberait sous le coup de l'art. 120 du code pénal qui vise les détentions arbitraires et les punit de six mois à deux ans d'emprisonnement, et d'une amende de 16 à 200 francs.

On a pu s'étonner que, dans le cas auquel je fais allusion, la sortie ait été aussi précipitée, qu'elle ait suivi d'aussi près le placement. Je n'ai pas à examiner les conditions dans lesquelles elle a été réclamée, ni à dire ce qu'il eut convenu de faire pour protéger efficacement une aliénée qui avait réellement besoin de protection, je ne prétends à rien de plus que de démontrer ceci : le chef de l'établissement que ne couvrait aucun ordre de l'autorité administrative, n'avait pas le droit de retenir une fille réclamée par sa mère.

L'art. 15 complète l'article précédent. De même qu'il a fallu notifier l'entrée du malade au préfet, dans les vingt quatre heures de l'admission, de même il faut notifier la sortie dans le même délai, en faisant connaître autant que possible, le lieu où l'aliéné aura été conduit. Le législateur a voulu ainsi permettre à l'autorité administrative de suivre l'aliéné non guéri, sorti de l'asile, et pouvant avoir besoin encore de surveillance.

Ce n'est pas tout. L'art. 16 donne au préfet un droit absolu. Il peut faire sortir immédiatement toute personne placée volontairement dans un asile d'aliénés. Cette disposition a paru excessive à plusieurs des membres de la commission de révision de la loi ; d'un commun accord, il a été décidé que le préfet ne pourrait pas prendre une mesure aussi radicale sans avoir demandé l'avis du médecin de l'établissement. Cette réserve est-elle suffisante ? Oui, si elle laisse le temps de saisir le tribunal et de lui demander de prononcer conformément à l'article 29. Non, si le médecin n'ose pas affronter un conflit avec l'autorité pré-

fectorale. Il est vrai de dire que, dans la pratique, il n'y a pas que nous sachions, d'exemple d'abus de pouvoir, et que jusqu'à ce jour, les préfets ont apporté dans l'exercice de ce droit la plus grande réserve. Il suffit qu'il puisse n'en pas toujours être ainsi, au grand dommage des familles, de la société, de l'aliéné lui-même, pour qu'une restriction, qui n'a rien d'ailleurs d'excessif, soit formulée dans la loi nouvelle.

L'article 17 décide que l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur, et le mineur qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

Par l'article 23, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements sont tenus de notifier au préfet qui statuera sans délai, l'opinion du médecin déclarant que la sortie peut être ordonnée. Cette disposition s'applique surtout aux placements d'office. Il est tout naturel, en effet, que l'autorité administrative qui avait ordonné le placement d'office, soit avisée que les motifs qui l'avaient rendu nécessaire ont cessé d'exister, et qu'un arrêté de sortie réponde à l'arrêté de maintenue.

Mais de toutes les dispositions de la loi, la plus importante, celle qui sauvegarde le plus efficacement peut être la liberté individuelle, c'est l'article 29. Il dit expressément :

« Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera s'il y a lieu la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai, elle ne sera pas motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne

pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissement, sous les peines portées au titre III, ci-après.»

Ainsi, à quelque époque que ce soit, le malade, sa famille, ses amis, peuvent se pourvoir devant le tribunal pour obtenir la sortie. Que le placement ait été volontaire ou d'office, peu importe, le tribunal statue sans délai, il peut casser un ordre administratif, et il n'est pas tenu de motiver sa décision. Et pour laisser à tous libre accès près de la justice, le législateur a voulu que le tribunal fut saisi par une simple réclamation du malade. Il n'est pas nécessaire de constituer avoué, il suffit d'une lettre, il n'y a pas de provision à faire, les actes sont visés pour timbre et enregistrés en débet. Pour prévenir tout éclat, pour éviter tout conflit entre l'autorité judiciaire et l'autorité administrative, la décision est rendue en chambre du conseil, et n'est pas motivée. Elle est signifiée au réclamant, et elle a, immédiatement, son plein et entier effet, à moins cependant que, sans aucun retard, il ne soit interjeté appel. Là, comme toujours, l'appel est suspensif.

Quoi de plus tutélaire que cette disposition de la loi qui place, « *à quelque époque que ce soit,* » l'aliéné sous la sauvegarde de l'autorité judiciaire ? Il semblerait cependant que l'interdit serait excepté de ces larges et protectrices facilités. Il n'en est rien, puisque le procureur du roi, d'office, peut produire la demande de sortie formulée par l'interdit. Dans quelques cas, très rares, il faut le dire, le tribunal s'est prononcé pour la sortie, contrairement à l'avis du médecin ; il n'y a pas même lieu de s'en plaindre; l'intérêt que le pouvoir judiciaire est chargé de défendre est un ordre tellement supérieur, qu'il est bon que sa prérogative ne soit en rien affaiblie.

Si les détracteurs de la loi s'étaient jamais pénétrés du sens, de la portée de cet article 29, s'ils avaient su combien souvent les tribunaux sont appelés à statuer conformément à lui, ils se seraient tus devant une formule dont la lettre et l'esprit donnent toute satisfaction. Mais combien peu savent que, par surcroît, la loi, dans son article 40, dit que « le ministère public sera entendu dans toutes les affaires qui intéressent les personnes placées dans un établissement d'aliénés, lors même qu'elles ne seraient pas interdites ? »

Voici au surplus la sanction de tous les articles relatifs

à la sortie ; on verra que le chef d'établissement n'a pas le choix, qu'il ne doit, qu'il ne peut que se conformer à la loi, sous peine d'engager gravement sa responsabilité.

Art. 30. — « Les chefs directeurs ou préposés responsables ne pourront, sous les peines portées par l'article 120 du code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que la sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 16, 20, 23, ou par le tribunal, aux termes de l'article 29, ni lorsque cette personne se trouvera dans les cas énoncés aux articles 13 et 14. »

J'ai fini, messieurs, ce que j'ai voulu surtout, c'était montrer combien était précise la loi de 1838, que, pour tout ce qui regarde les sorties en particulier, elle a pour but de les rendre aussi faciles que possible, et de protéger, dans la plus large mesure, la liberté individuelle, qui, nous pouvons l'affirmer hautement, n'a jamais été compromise par nous.

M. Foville. — Messieurs, au sujet de la communication si intéressante de M. Motet, je désire appeler votre attention sur un point qui est d'une importance considérable : il s'agit de l'article 29 de la loi.

Un malade qui, en vertu de cet article, a demandé sa sortie de l'asile, et se l'est vu refuser, a-t-il le droit de faire appel de cette décision rendue en chambre du conseil? Je ne sais, messieurs, s'il vous a été ordonné de voir statuer sur de pareilles demandes, mais, quant à moi, voici le fait que j'ai eu occasion d'observer : un malade réclame se sortie et ne l'obtient pas de la chambre du conseil ; la chambre d'appel ayant été saisie, est intervenue pour casser la décision de la première chambre. — La réintégration fut jugée nécessaire, du reste à bref délai. De nouveau cet individu écrit pour être mis en liberté, et devant le refus de la première chambre, s'empresse d'interjeter appel ; cette fois la décision fut respectée.

Il serait important de savoir si, d'après la nouvelle loi, un malade maintenu par décision de la chambre du conseil aura le droit d'interjeter appel. Mais il y a aussi la contre partie. Le parent, par exemple, qui a obtenu le placement de l'un des siens, a-t-il le droit de faire appel de la décision en vertu de laquelle le malade, déclaré guéri, va être rendu à la liberté? La faculté de ce recours

impliquerait sans doute, dès lors, une procédure spéciale pour la mise en liberté. Il semble qu'il serait indispensable que la famille fut prévenue de la sortie imminente, laquelle ne pourrait devenir effective qu'après un délai qui permettrait aux intéressés d'interjeter appel de la décision qui l'a autorisée.

La question, on le voit, vaut la peine d'être discutée, et je fais appel à mes honorables collègues pour savoir si de pareils cas se sont présentés à eux.

M. BLANCHE fait remarqué que de concert avec MM. Foville et Christian, il a eu à formuler des conclusions sur une demande en interdiction ; appel fut interjeté de la sentence et le malade fut mis en liberté. La nécessité de prévoir de telles circonstances dans la nouvelle loi semble indiscutable.

M. FOVILLE. — Je me rappelle fort bien le fait auquel vient de faire allusion, M. Blanche, mais l'analogie n'est point complètè, car il s'agissait là d'un cas jugé en séance publique, tandis que, pour la sortie d'un malade, la décision est rendue en chambre du conseil, et n'est point publique. Dans la question spéciale que j'ai l'honneur de soumettre à la société, je crois, pour ma part, que rien ne s'oppose à ce que les décisions soient susceptibles d'appel.

M. BLANCHE. — La chose méritait au moins d'être discutée au sein de la commission.

M. MOTET fait remarquer que l'intervention de la famille ne peut avoir d'effet suspensif, et que la mise en liberté doit être immédiate.

M. BLANCHE. — Il en est ainsi d'après les termesde la loi, mais il pourrait être bon qu'il en fut autrement.

M. FOVILLE. — Il me semble que ce ne serait pas détruire le libéralisme de l'article 29 de la loi, que d'y insérer un chapitre additionnel contenant l'obligation de prévenir la famille de la décision prise afin de lui permettre de présenter ses objections, de lui donner le temps d'énoncer les raisons pour lesquelles elle redoute la sortie qui vient d'être autorisée.

M. MOTET. — Dès l'instant que la liberté individuelle est en jeu, il n'y a pas de raison de surseoir : la décision rendue doit avoir son effet immédiat.

M. DAGONET fait remarquer qu'en pareil cas, la responsabilité du médecin est complètement dégagée.

M. BLANCHE.— Assurément, mais il ne s'agit pas là seulement de la responsabilité du médecin, et la question est autre.

M. BAUME. — Quoiqu'il soit téméraire à moi d'intervenir dans cette discussion, je ne puis m'abstenir, étant donnée l'importance de cette question, de signaler le fait suivant que j'ai eu l'occasion d'observer. Sous prétexte qu'aucune autorité n'avait ordonné la séquestration d'un aliéné, le tribunal sans plus ample information, ordonna la sortie immédiate du malade. Or, en réalité, le préfet du département était intervenu pour ordonner le placement. Cela dit pour montrer comment certains magistrats se préoccupent d'examiner les dossiers.

M. FALRET. — Je demanderais seulement à dire deux mots au sujet de la communication de M. Motet. Dans les commentaires dont il fait suivre la lecture des principaux articles de la nouvelle loi, il y a trois points qu'il n'a pas abordés. Ce sont :

1° Les sorties à titre d'essai ;

2° Le traitement à domicile des aliénés inoffensifs ;

3° La situation des aliénés criminels.

Voilà trois questions qui méritent d'être discutées à fond, et je demande qu'on les maintienne à l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. MOTET.— M. Falret a complètement raison d'insister sur l'importance des points qu'il vient de nous signaler et je suis le premier à désirer que la société les discute longuement.

Séance du 9 avril. — M. le Président donne lecture d'une notice sur M. le professeur Lasègue, et des paroles qu'il a prononcées sur sa tombe. Puis il propose en signe de deuil et en souvenir de la présidence de M. le professeur Lasègue, de lever la séance.

La séance est levée.

Séance du 30 avril. — Rapport sur le prix Esquirol. M. Ritti, secrétaire général de la Société, lit un remarquable éloge de Max Perchappe.

CH. VALLON.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies mentales et sur les maladies nerveuses, professées à la Salpêtrière par le Dr Auguste Voisin, avec photographies, planches lithographiées et figures intercalées dans le texte. Paris, Lib. J. B. Baillière et fils.

Encouragé par l'excellent accueil fait, en 1874, à ses *leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, M. Aug. Voisin publie aujourd'hui une nouvelle édition de son ouvrage, considérablement augmenté, et enrichi de chapitres nouveaux des plus intéressants.

De nombreuses planches lithographiées représentant les lésions cérébrales de la folie idiopathique congestive, les déformations du squelette et les lésions du cerveau chez les idiots, de curieuses photographies reproduisant les traits caractéristiques des malades atteints de folie lypémaniaque, d'Orientaux fumeurs de haschisch, enfin d'aliénés avant et après le traitement par le chlorhydrate de morphine, donnent un attrait de plus à l'œuvre de M. Voisin et permettent de se rendre compte, *de visu*, des principaux points étudiés.

Parmi les questions les plus importantes qui sont traitées dans ce volume, nous signalerons, comme ayant plus spécialement attiré l'attention de l'auteur : les caractères des prédispositions à la folie, l'influence de la mauvaise éducation, la folie par anémie et par sthénie ; les rapports entre les altérations du sang, les diathèses et l'aliénation mentale ; la syphilis cérébrale, la folie secondaire consécutive à la fièvre typhoïde, à la diphthérie, etc.; la folie hystérique, la folie sensorielle, c'est-à-dire celle causée par des lésions ou des troubles fonctionnels des organes des sens; la folie sympathique et les altérations des ganglions du grand sympathique; la folie puerpérale, la localisation des idées de suicide dans les régions bregmatique, syncipitale et les lésions corrélatives dans les parties internes des circonvolutions frontales ascendantes et pariétales; la folie native et la folie du jeune âge; la folie alcoolique.

On doit citer encore, parmi les sujets nouveaux abordés par l'auteur, l'étude de la folie haschischique, basée sur les observations faites à l'asile de Sidi-Moristan (Caire),

par M. Villard ; celle de l'hyperthermie crânienne dans se rapports avec le diagnostic et le traitement des maladies mentales ; celle de l'idiotie, relativement à ses causes et aux règles d'éducation dont elle est susceptible ; enfin, la curabilité de l'épilepsie et le traitement de l'aliénation mentale par les bromures et par le chlorhydrate de morphine.

Comme on le voit, M. Voisin a abordé, dans son ouvrage, la plupart des points, qui, en aliénation mentale, offrent le plus grand intérêt. Suivre pas à pas l'auteur dans chacun de ses chapitres et en donner une analyse, même succincte, serait dépasser de beaucoup les limites de ce court article. Qu'il me suffise de dire que le lecteur trouvera dans ces leçons cliniques des renseignements nouveaux et précieux, des vues personnelles d'une originalité incontestable, parfois même la découverte d'un nouvel horizon scientifique à parcourir, en un mot, un ouvrage d'une portée et d'une valeur au-dessus de toute contestation.

Dr E. RÉGIS.

Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif, par ALBERT ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Parmi les thèses présentées au dernier concours pour l'agrégation à la Faculté de médecine de Paris (Pathologie interne et médecine légale), il en est une, entre autres, plus particulièrement intéressante pour les lecteurs de ce journal. C'est celle de M. Albert Robin.

Ce travail se divise en neuf chapitres :

Le chapitre Ier a pour titre : *Des rapports anatomiques et physiologiques du rocher et des cavités de l'oreille avec le cerveau*. L'auteur étudie successivement les rapports osseux, circulatoires et nerveux, et arrive à conclure de ces considérations anatomo-physiologiques que le retentissement encéphalique des lésions de l'oreille et du rocher doit s'effectuer, soit par l'intermédiaire des rapports de contiguité existant entre le rocher et la dure-mère, soit par la voie vasculaire, soit par transmission nerveuse ; aux deux premiers modes répondent les propagations inflammatoires ; au troisième, les retentissements fonctionnels.

Dans le chapitre II, M. Robin recherche *quelles sont les lésions du rocher et de l'appareil auditif qui peuvent engendrer*

des affections cérébrales. Il passe successivement en revue : 1° les lésions de l'appareil auditif : otites moyennes; cholestéatomes; otites interne et externe; 2° les lésions du rocher (presque toujours secondaires) aux affections de l'appareil auditif : carie du rocher chez les tuberculeux et les syphilitiques; tumeurs du rocher et de l'appareil auditif; 3° les lésions plus particulièrement conjugées aux troubles fonctionnels : inflammations et troubles circulatoires.

Après avoir étudié les lésions qui peuvent influencer l'encéphale, l'auteur aborde dans le chapitre III l'étude des *affections qu'elles engendrent.* Ce sont : 1° les méningites et les méningo-encéphalites (pachyméningite externe, méningites locales et généralisées, hydrocéphalie); 2° le ramollissement et les abcès du cerveau et du cervelet; 3° les lésions des sinus de la dure-mère. Toutes ces lésions sont d'ailleurs, rarement isolées.

Une fois connues, les maladies originelles et les affections consécutives, M. Robin cherche à les relier les unes aux autres en déterminant le mécanisme de leurs relations, qu'il s'agisse des affections avec lésions, ou des troubles d'apparence fonctionnels. C'est là le sujet du chapitre IV. Pour ce qui est du mécanisme des lésions encéphaliques (abcès, méningites, phlébites), l'auteur pense qu'aucun procédé unique n'est capable de rendre compte de toutes les lésions à distance. Chaque mécanisme (propagation par continuité, propagation par contiguité, propagation à distance) possède quelques cas à son actif, aussi M. Robin repousse-t-il avec raison jusqu'à plus ample informé, l'hypothèse d'une pathogénie unique, pour se ranger au nombre des partisans de la théorie des causes multiples.

Quant au retentissement des tumeurs, il s'opère par compression, réaction inflammatoire, action réflexe. Enfin, dans ce même chapitre est étudié le mécanisme des troubles fonctionnels (vertiges, attaques épileptiformes). L'auteur expose des diverses théories émises à ce sujet, et montre qu'en somme la physiologie pathologique assigne à ces troubles fonctionnels une place dans la symptomatologie des retentissements matériels.

Dans le chapitre V sont examinées les *conditions d'ordre étiologique qui favorisent le retentissement sur le cerveau des lésions du rocher et de l'appareil auditif* : 1° conditions géné-

rales prédisposantes (terrain, âge, sexe); 2° conditions occasionnelles : rétention et stagnation du pus; mise en activité des troubles fonctionnels. En résumé, pour M. Robin, l'état du terrain est une des causes prédisposantes les plus importantes du développement des otorrhées, puis des altérations osseuses, enfin des transmissions cérébrales. Cette influence de l'état général pour être mise en activité demande habituellement le concours d'une cause occasionnelle. L'action simultanée de ces deux ordres étiologiques se poursuit depuis l'entrée en scène de l'otite primitive jusqu'à l'apparition des accidents cérébraux qui finissent le drame.

Le chapitre VI est consacré à la description *des symptômes et de la marche des lésions cérébrales consécutives aux maladies du rocher et de l'appareil auditif*. M. Robin montre que ces affections cérébrales évoluent, suivant plusieurs modes, et pour sa part il en admet trois : 1° la forme lente ou latente; 2° la forme foudroyante; 3° la forme rapide. L'auteur repousse la forme hémorragique qui a été proposée, parce que, ou l'hémorragie n'est qu'un mode de terminaison des formes précédentes, ou bien elle ne s'accompagne d'aucun phénomène révélant une affection cérébrale.

Le chapitre VII a trait à *quelques troubles cérébraux d'apparence fonctionnelle, consécutifs aux lésions du rocher et de l'appareil auditif et à leur signification clinique*. Vient d'abord le vertige aural, qui est soit un accident purement auriculaire (maladie de Ménière, vertige aural simple), soit un des premiers actes du retentissement cérébral des lésions du rocher et de l'oreille. M. Robin aborde ensuite la question si difficile des troubles intellectuels. Il étudie d'abord l'état mental des individus atteints de maladies de l'oreille, puis il passe aux hallucinations et aux délires d'origine auditive chez les sujets sains, les cérébraux et les aliénés. Ce chapitre se termine par un paragraphe consacré aux attaques épileptiformes.

Le chapitre VIII est réservé aux *considérations diagnostiques et pronostiques générales*. M. Robin, parcourant successivement les diverses étapes du diagnostic, examine d'abord la question de savoir si le trouble cérébral est d'origine auriculaire ou s'il est simplement réflexe, puis il passe au diagnostic différentiel et enfin au diagnostic des

lésions. A propos du pronostic, M. Robin signale un fait très intéressant, c'est que les compagnies anglaises d'assurances sur la vie refusent d'admettre toute personne atteinte d'une otorrhée chronique. Ces sociétés basent leur manière de faire sur les tables de Trœlstsch d'après les quelles les individus atteints d'otorrhée ont une durée de vie inférieure aux moyennes générales. Depuis les circonstances les plus futiles jusqu'aux états morbides les plus divers, tout devient chez eux, l'occasion du réveil des lésions qu'on croyait guéries, ou d'un retentissement cérébral.

Dans le chapitre IX : *Considérations thérapeutiques*, l'auteur insiste sur ces deux points, c'est que d'une part la thérapeutique est avant tout prophylactique, et que d'autre part c'est l'état général du malade qui domine tout le traitement.

L'ouvrage se termine par un Index bibliographique très complet.

Comme on le voit par cette rapide analyse, la thèse du nouvel agrégé de la Faculté est un travail considérable, renfermant quantité de faits et aussi de considérations souvent nouvelles. Ce n'est pas une simple compilation, mais une œuvre très originale qui se recommande par deux qualités maîtresses, la netteté dans l'exposition des faits et la rigueur dans les déductions. Telle qu'elle est la thèse de M. Robin constitue un intéressant chapitre de pathologie générale, en somme très complet. Car si elle ne résout pas toutes les difficultés, elle indique au moins quels sont les points qui restent encore à élucider. Ce travail sera, lu avec fruit par tous les praticiens, mais en particulier par les otologistes et les médecins qui s'occupent plus spécialement des affections du système nerveux. Les premiers y trouveront soigneusement exposées toutes les complications avec lesquelles ils peuvent avoir à compter en présence des diverses affections de l'oreille; les seconds y verront parfaitement indiquée les maladies auriculaires qui peuvent être le point de départ de maladies cérébrales, le mécanisme de cette succession de phénomène, et ils pourront ainsi étant remontés à la cause établir une thérapeutique vraiment scientifique et profitable, c'est-à-dire la thérapeutique que M. le professeur Bouchard appelle pathogénique.

Ch. Vallon.

De la démence mélancolique, par le Dr A. Mairet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin adjoint de l'asile de l'Hérault (Paris, 1883, G. Masson).

Dans cette étude, M. Mairet a eu pour but de montrer que la périencéphalite chronique pouvait se localiser à certaines régions du cerveau, et déterminer, outre les troubles physiques, des manifestations spéciales d'ordre psychique. Il s'est ainsi trouvé amené à discuter les localisations cérébrales d'ordre psychique, question du plus haut intérêt, à laquelle il a su donner un véritable cachet d'originalité. De plus, un contact de tous les jours avec les aliénés lui a permis de suivre attentivement l'évolution de leur maladie et d'en tracer l'histoire, en la complétant par l'observation nécroscopique. Il s'agit donc en réalité d'un travail dont l'importance scientifique n'échappera à personne, puisqu'il contribue à éclaircir l'un des côtés de ce syndrôme si vaste auquel on a donné le nom de paralysie générale et qu'il serait peut-être temps de subdiviser en différents groupes cliniques, affirmés d'ailleurs par les localisations des lésions anatomiques, absolument comme on le fait aujourd'hui pour les maladies de la moelle épinière.

L'auteur a partagé son sujet en deux parties. Dans la première, il expose l'observation de ses malades et montre que le nom de *démence mélancolique* qu'il a adopté est amplement justifié par les faits. Dans la seconde, il envisage la maladie à un point de vue plus général et en donne la description comme type nosologique spécial. Nous aborderons immediatement cette seconde partie, puisqu'elle est l'expression synthétique de tout l'ouvrage.

La démence mélancolique ne reconnaît aucune cause particulière. Cependant elle semble résulter tantôt de la propagation d'un travail inflammatoire local, tel que lésion de l'oreille, de l'œil, etc.; tantôt de l'action de causes dépressives, soit physiques, soit psychiques.

Après une période prodromique plus ou moins longue, apparaît rapidement, souvent même brusquement, un délire à forme mélancolique, pouvant occuper pendant un certain temps toute la scène pathologique, ou être accompagné dès le début, quelquefois même précédé, par des signes révélateurs d'un affaiblissement radical de l'intelligence et d'une lésion organique du cerveau. Ces symptômes

de lésion organique, de démence, de délire, s'associent dans des proportions variables ; les deux premiers s'affirment généralement de plus en plus ; la maladie suit une marche progressive, soit continue, soit rémittente ; parfois au contraire il semble qu'elle puisse rétrocéder en partie ; enfin elle se termine de manières diverses.

Au point de vue anatomo-pathologiqne, on peut retrouver des altérations du côté des différents organes de l'économie ; mais les seules altérations constantes sont celles qui existent du côté du cerveau, et encore ici faut-il distinguer les lésions accessoires, que caractérisent surtout des troubles vasculaires, et les lésions véritablement essentielles, qui se traduisent par un ramollissement de la substance grise périphérique, ramollissement de même nature que celui de la paralysie générale, mais qui reste localisé, et dont le siège principal est la base du cerveau et même certaines régions de la base. Ces régions, lorsque le délire se rattache au travail organique, sont les lèvres de la scissure de Sylvius, surtout la lèvre inférieure, et comprennent en arrière de celle-ci les circonvolutions temporales et plus particulièrement les circonvolutions sphénoïdales et celles de l'hippocampe.

Il résulte de ces faits, ainsi que de l'expérimentation sur les animaux, que M. Mairet, s'inspirant des recherches de M. Luys sur la localisation de l'émotivité morbide (1), a pu avancer que les lésions des circonvolutions qui forment la lèvre inférieure de la scissure de Sylvius ainsi que les circonvolutions temporales, sur une étendue encore indéterminée, et surtout les circonvolutions sphénoïdales et les circonvolutions de l'hippocampe, sont accompagnées de réactions psychiques de nature dépressive.

Nous constaterons en terminant cette analyse, trop rapide pour l'importance de l'ouvrage, que M. Mairet a su donner un attrait nouveau à l'étude de la paralysie générale, bien qu'elle ait été déjà l'objet de recherches nombreuses de la part des esprits les plus éminents. Nous ne doutons pas que ce très intéressant travail qui pour la première fois emprunte à des expériences faites sur les animaux des indications applicables à l'étude des phénomènes d'ordre psychique chez l'homme, ne serve de point de départ à une série de recherches ultérieures dirigées dans

(1) *L'Encéphale*, 1re année, no 3, p. 379.

ce sens. — M. Mairet a su employer avec discernement pour éclairer la thèse qu'il voulait soutenir, des vivisections méthodiques qui lui ont permis de modifier à volonté et dans une direction voulue, l'état psychique spécial des animaux en expérience.

Les recherches qu'il a instituées sur ce terrain nouveau sont un pas considérable fait dans l'étude des psychopathies, et nous ne doutons pas de voir un jour le savant professeur de Montpellier, pénétrer plus avant dans la voie qu'il a si heureusement indiquée, et ouvrir ainsi à cette branche si intéressante des connaissances humaines, des horizons tout nouveaux.

Nous recommandons donc d'une façon toute spéciale ce travail original à l'attention des hommes d'étude qui se réjouissent de l'importation, dans le domaine de l'aliénation mentale de vérités nouvelles.

D[r] Descourtis.

De la manie chronique à forme rémittente, par le D[r] Sébastien Mabit (Thèse de Paris, 1883. O. Doin.)

On peut dire que la manie est une des formes de l'aliénation mentale qui ont été reconnues dès la plus haute antiquité, mais ce n'est qu'à partir du commencement de notre siècle que les travaux de Pinel et d'Esquirol, basés sur l'observation directe des malades, sont venus en donner une description vraiment scientifique. Ces deux auteurs, et depuis eux nombre d'observateurs éminents, qui ont eu l'occasion d'étudier la manie chronique, ont remarqué que cette affection ne suit pas toujours dans sa marche un cours uniforme et régulier, mais qu'au contraire elle affecte des types très différents de rémittence, d'intermittence et de périodicité. Cette division une fois établie, il s'agissait de bien définir chacun de ces types en particulier, d'en donner les caractères propres, d'en faire en quelque sorte le diagnostic différentiel; au lieu de cette précision, nous voyons au contraire la plupart des auteurs confondre indifféremment toutes les formes de la manie revenant par accès sous les dénominations de manie intermittente, manie périodique ou manie rémittente.

En traitant spécialement de la manie chronique à forme remittente, dont il dégage la symptomatologie propre de l'histoire un peu confuse des folies dites intermittentes et dont il détermine les caractères constants, M. Mabit vient

combler en partie la lacune que nous signalions et nous fait connaître cliniquement une affection restée jusqu'alors encore un peu obscure.

La thèse de M. Mabit, qui se compose de 130 pages, est divisée en huit parties. La première comprend l'historique et fait un résumé complet des nombreuses opinions émises, qui démontrent combien est grande encore la confusion qui règne sur ce sujet.

Dans la deuxième, l'auteur donne la définition de la manie à marche rémittente. C'est une forme spéciale, essentiellement chronique, dans laquelle des accès violents et de courte durée alternent d'une façon plus ou moins régulière avec des rémissions notables, pendant lesquelles on ne constate jamais le retour complet à la raison. C'est un état psychique particulier, caractérisé le plus souvent par de l'apathie, de l'indifférence, de la concentration, par l'absence ou la perversion des sentiments affectifs, d'autres fois par des susceptibilités de caractère, des singularités d'habitude, des instabilités d'idées et de volition, des impatiences, des inquiétudes; toutes modifications qui indiquent clairement que le sujet est encore malade, que le délire, sans cesser d'exister, cesse seulement de se manifester et reste pour ainsi dire à l'état latent.

Le troisième chapitre est consacré à l'exposé très détaillé de la symptomatologie avec description de l'accès et de la période de rémission, avec sa marche, sa durée et sa terminaison.

Le chapitre suivant est un des plus intéressants et sur lui nous appelons toute l'attention du lecteur, qui y puisera de précieux renseignements sur le diagnostic différentiel entre l'accès de manie rémittente et l'accès de manie simple, de manie hystérique ou épileptique, ou l'accès de manie qu'on observe souvent au début de la paralysie générale.

Puis l'auteur aborde le pronostic et passe en revue les différents traitements employés pour consacrer ensuite un chapitre aux considérations médico-légales que comporte le sujet et qui seront également lues avec grand profit.

Trente observations personnelles, inédites ou empruntées à différents auteurs, terminent cet excellent travail, et nous ne pouvons mieux faire que de donner les conclusions auxquelles M. Mabit s'est arrêté.

I. — Depuis Pinel, presque tous les auteurs ont confondu indifféremment toutes les formes de manie revenant par accès sous les dénominations de manie intermittente, manie rémittente ou manie périodique. Or, il existe dans les asiles d'aliénés des malades, héréditaires ou non, présentant durant de longues années des accès de manie revenant à des époques irrégulières et séparées par de véritables périodes de rémission, caractérisées par un état psychique anormal sans manifestations délirantes. Ils sont atteints de manie chronique à type rémittent.

II. — Pendant la période de rémission, ces malades présentent de l'apathie, de l'indifférence, de la torpeur intellectuelle, plus rarement de la gaieté et même de l'expansion. Ils n'ont pas d'idées délirantes, d'hallucinations apparentes, l'intégrité des facultés intellectuelles est généralement conservée, mais les sentiments affectifs ont habituellement disparu, et les sujets n'ont qu'une conscience relative de leur état. Ils travaillent d'une façon régulière, sont dociles et inoffensifs. L'état mental est identique dans toutes les périodes de rémission chez un même malade.

III. — Durant les accès, les malades sont dangereux, ont des impulsions violentes. Chaque accès, chez un même malade, se représente avec les mêmes symptômes, les mêmes actes, les mêmes idées délirantes. Ces accès ont, dans la généralité des cas, un début et une terminaison brusques.

IV. — Les accès reviennent à des époques irrégulières, après une rémission pouvant varier, comme durée, de quinze jours à deux ans. Les accès se rapprochent à mesure que la maladie se prolonge. La marche de cette affection est essentiellement chronique, l'incurabilité est la règle. La démence n'arrive que tardivement.

V. — Les symptômes qui caractérisent l'accès maniaque, la marche, la durée et la terminaison de la maladie sont presque tous communs aux folies intermittentes, périodiques et circulaires, et à la manie chronique à type rémittent. Les symptômes qui caractérisent la période de rémission sont propres à cette dernière, tout en se rapprochant par certaines particularités de ceux qui accompagnent le stade mélancolique dans la folie circulaire.

VI. — Il nous a paru que par leurs caractères communs,

les différentes formes de phrénopathies que nous venons d'énumérer, se distinguaient complètement des autres formes d'aliénation mentale et formaient une classe spéciale bien définie.

La thèse de M. Mabit est en réalité une étude complète de la manie chronique à forme rémittente ; c'est un travail consciencieux qui se recommaude non seulement par les idées nouvelles qui y sont exposées, mais encore par la clarté de l'exposition, par le sens clinique que l'auteur y déploie et par la valeur des observations qui y sont contenues. Dr G. BOYÉ.

Recherches sur l'action hypnotique et sédative de la paraldéhyde dans les maladies mentales, par le professeur MORSELLI. Turin 1883.

La paraldéhyde, dérivé de l'aldéhyde, et dont la formule est $C^6H^{12}O^3$, aurait les mêmes propriétés hypnotiques que l'hydrate de chloral. C'est cette opinion que développe M. Morselli; il en avait déjà entretenu le congrès médical de Modène en 1882. Il s'attache à démontrer que la paraldéhyde donne des résultats favorables dans un grand nombre de maladies mentales et nerveuses, que ses effets sont plus sûrs et qu'elle ne présente pas les mêmes dangers que les médicaments généralement employés, l'hydrate de chloral en particulier. Dr D.

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS

FRANCE MÉDICALE.

(Année 1883).

FRACTURE DE CUISSE A CONSOLIDATION RAPIDE CHEZ UN SUJET PARAPLÉGIQUE, par M. PILLOT, interne des hôpitaux. (N° 1.)

NÉCROSE PHOSPHORÉE DES MAXILLAIRES SUPÉRIEURS S'ÉTANT PROPAGÉE A LA BASE DU CRANE. MÉNINGITE. MORT. AUTOPSIE, par M. DE BRUN, interne des hôpitaux. (N° 12.)

MÉNINGITE TUBERCULEUSE CÉRÉBRO-SPINALE ; PRÉDOMINANCE DES SYMPTÔMES SPINAUX ; LÉSIONS CONFLUENTES AU NIVEAU DU RENFLEMENT LOMBAIRE, TRÈS PEU ACCENTUÉES SUR L'ENCÉPHALE, par M. le Dr RENDU. (Nos 15 et 16.)

NOTE SUR UN CAS DE TIC DE SALAAM, par M. GAUTIEZ, interne des hôpitaux. (N° 17.)

PHÉNOMÈNES PSEUDO-MÉNINGITIQUES DANS L'HYSTÉRIE, par M. BOISSARD, interne des hôpitaux. (N° 19.)

CIRRHOSE ALCOOLIQUE AVEC HYPERTROPHIE DU FOIE, par M. CHÉRON, interne des hôpitaux (N° 30.)

UN CAS DE MIGRAINE AVEC PARALYSIE DE LA TROISIÈME PAIRE, par M. le Dr R. SAUNDBY (N°s 32 et 33.)

OBSERVATIONS DE PARALYSIES CHEZ LES ENFANTS, par M. LAUNOIS, interne des hôpitaux (N°s 38 et 41).

Obs. I. Contusion ancienne de la tête. Hémiplégie et hémiatrophie consécutives, pied bot'equin paralytique chez un enfant de huit ans.

Obs. II. Contusion de la tête. Hémiplég ie et aphasie con sécutives chez un enfant de six ans. Disparition lente des symptômes nerveux.

EXEMPLE DE L'INTOLÉRANCE DES NÉVROPATHES POUR LES MÉDICAMENTS, par M. PAUL LEGENDRE, interne des hôpitaux (N° 50).

Observation d'une hystérique qui a présenté de l'intoxication opiacée à forme comateuse quinze minutes après l'administration de six gouttes de laudanum en lavement et qui, plusieurs semaines après, a eu un délire avec hallucinations de la vue à la suite d'une injection sous-cutanée de cinq milligrammes de morphine.

MYÉLITE DISSÉMINÉE DE LA CORNE GRISE ANTÉRIEURE. Leçon de M. le professeur TOMMASI (N° 52).

PARALYSIE MOTRICE ET SENSITIVE DU BRAS DROIT, CONSÉCUTIVE A UNE COLIQUE HÉPATIQUE, par M. DE GENNES, interne des hôpitaux (N° 55).

DES PARALYSIES DU LARYNX ET DE LEUR TRAITEMENT (N° 61). — Les différentes paralysies du larynx comprennent plusieurs variétés. Tantôt c'est une paralysie des muscles tenseurs des cordes vocales, tantôt c'est une paralysie des muscles constricteurs de la glotte, ou bien enfin une paralysie des muscles dilatateurs de la glotte. Dans le premier cas, c'est le crico-thyroïdien qui est paralysé, dans le second, c'est l'aryténoïdien transverse ; ces deux variétés seront combattues par les révulsifs cutanés, par la métallothérapie et les aimants ou l'excitation faradique. Quant à la paralysie des muscles dilatateurs de la glotte, son his-

toire se confond avec celle de la paralysie par compression de l'un ou des deux récurrents ; elle reconnaît pour cause toutes les tumeurs du cou et de la partie supérieure du thorax. On a signalé aussi des paralysies d'origine centrale reconnaissant : 1o Des causes dynamiques (peur, anémie générale, action réflexe à la suite de souffrances utérines); 2o des causes organiques (lésions du noyau du spinal ; sclérose, hémorragie, ramollissement, tumeurs). Il faut encore citer des paralysies d'origine traumatique (blessure des récurrents) et enfin des paralysies dans les maladies générales (diphtérie, choléra, fièvre intermittente).

UNION MÉDICALE.

(Année 1883.)

DIABÈTE SUCRÉ ET NÉVRALGIES DE LA DEUXIÈME PAIRE, par M. CH. ELOY. (No 2.) — Glycosuries par irritation du système nerveux. — Diabète sucré et hyperesthésies douloureuses du nerf pneumo-gastrique. — Névralgies de ce nerf et du nerf phrénique. — Efficacité du traitement par la morphine.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PSEUDO-ÉPILEPSIES. CONVULSIONS ÉPILEPTIFORMES D'ORIGINE GASTRO-INTESTINALE, par M. le Dr CH. ÉLOY. (Nos 5 et 7.) — L'auteur rapporte deux observations où il est démontré que l'épilepsie peut avoir pour cause une irritation gastrique ou intestinale et qu'on peut obtenir la guérison avec la disparition des troubles gastro-intestinaux.

LES SYNERGIES MORBIDES DU NERF PNEUMO-GASTRIQUE, par M. CH. ÉLOY. (No 9.) — M. Éloy fait l'exposé de plusieurs faits qui prouvent que l'irritation périphérique d'un rameau quelconque du nerf vague peut provoquer à distance, dans l'un des organes innervés par ce nerf, des perturbations fonctionnelles fugitives, alternant entre elles et se substituant les unes aux autres, en un mot, des troubles variés et protéiformes qui ont cet aspect toujours si mobile des maladies dans lesquelles le nerf vague est en cause.

LA SYPHILIS CÉRÉBRO-SPINALE ET LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE D'ÉPREUVE, par M. CH. ÉLOY. (No 16.) — Étant données l'absence de tout signe pathognomonique, la variabi-

lité des troubles sensitivo-moteurs et la mutabilité des allures de la syphilis cérébro-spinale, le diagnostic de l'encéphalopathie syphilitique est souvent difficile à porter. M. Éloy conseille alors de recourir a un traitement d'épreuve par la médication mixte qui, par son efficacité, rendra certaine la nature de l'affection. Deux centigrammes de biodure de mercure et deux grammes d'iodure de potassium, administrés en deux fois dans la journée, sont des doses suffisantes, pourvu qu'elles soient continuées pendant longtemps. M. Éloy préfère le traitement mixte, parce que l'action de mercure s'ajoute à celle de l'iodure de potassium, et que de plus il a été prouvé que cette association avait été efficace là où l'iodure seul avait été inactif.

ANASTOMOSE DU NERF MÉDIAN ET DU NERF CUBITAL, par M. VERCHÈRE, interne des hôpitaux. (N° 18.) — La plupart des anatomistes considèrent le nerf médian comme indépendant au niveau de l'avant-bras; M. Verchère, après de nombreuses dissections faites à l'École pratique, en est arrivé à conclure : Qu'il existe dans la majorité des sujets (11 fois sur 15) une anastomose unissant le nerf cubital au nerf médian;

Que cette anastomose naît au-dessous du coude, au-dessus ou immédiatement au point où naissent les branches du médian se rendant aux muscles fléchisseurs des doigts; qu'elle se termine dans le nerf cubital directement ou par l'intermédiaire d'un petit plexus au niveau du point où naît le rameau qui se rend aux deux faisceaux internes du fléchisseur profond;

Que cette anastomose peut dans un grand nombre de cas fournir des filets aux deux fléchisseurs communs;

Qu'elle contient des fibres venant du cubital et allant vers le médian et inversement;

Que dans le cas où elle manque, il est parfois possible de trouver un filet partant du nerf, qui se rend aux deux faisceaux internes du fléchisseur profond des doigts, pour se rendre au fléchisseur sublime;

Enfin que de cette distribution nerveuse il résulte que les nerfs médian et cubital innervent tous deux les deux fléchisseurs communs des doigts, au moins dans un grand nombre de cas.

ABCÈS DU SINUS FRONTAL; GUÉRISON, par M. NOTTA, interne des hôpitaux. (N° 36.)

SCOLIOSE AIGUE. — ATROPHIE MUSCULAIRE CONSÉCUTIVE A LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — AMÉLIORATION TRÈS RAPIDE. — Leçon recueillie par M. BRUNOU, interne des hôpitaux (N° 54).

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE ET AMYOTROPHIES SPINALES, par M. CH. ELOY (N° 63). — Amyotrophie progressive — signes positifs et négatifs ; symptômes locaux et symptômes spinaux — Amyotrophie post-paralytique et pré-paralytique. — Unité anatomique des amyotrophies spinales protopathiques. — Types cliniques. — Paralysie infantile et atrophie musculaire progressive. — Importance diagnostique de l'évolution des symptômes.

DES HALLUCINATIONS BILATÉRALES A CARACTÈRE DIFFÉRENT SUIVANT LE COTÉ AFFECTÉ DANS LE DÉLIRE CHRONIQUE, par M. DUMONTPALLIER, médecin de l'hôpital de la Pitié (Nos 69 et 71).

Pour expliquer les hallucinations unilatérales ou bilatérales de nature différente, M. Dumontpallier s'est appliqué à prouver l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux. Il a présenté, dans le service de M. Magnan, une femme hystérique et hémianesthésique, qu'il a hypnotisée et, il a pu, par certains procédés, démontrer que la malade avait alternativement tout un côté du corps insensible et inactif, tandis que l'autre restait sensible et actif. Il a pu également transférer à volonté cette sensibilité et cette activité à droite ou à gauche, chaque moitié de visage présentant des expressions en rapport avec l'activité ou la non-activité de chaque hémisphère cérébral.

NOTE SUR L'INNERVATION COLLATÉRALE A PROPOS D'UNE RÉSECTION DU NERF MÉDIAN, par M. RICHELOT, agrégé de la Faculté (N° 75).

DE QUELQUES PARTICULARITÉS RELATIVES A L'ÉPILEPSIE. — Leçon recueillie par M. CRESPIN, interne des hôpitaux (N° 76).—M. Legrand du Saulle a consacré une de ses dernières leçons à exposer certaines particularités relatives à l'épilepsie. Il a appelé l'attention sur le nombre quelquefois excessif des attaques survenant chez le même individu et sur l'heureuse influence du bromure de potassium, lorsqu'il est administré d'une façon régulière et continue, puis il reconnaît dans l'épilepsie trois ordres de phénomènes so-

matiques : le vertige, l'accès incomplet et l'attaque convulsive. Il insiste sur l'accès incomplet, qui est uue manifestation intermédiaire entre le vertige et l'attaque convulsive, et qui est caractérisé par des mouvements convulsifs partiels ou plutôt par des contractures de certains muscles de la face et des membres, du mâchonnement et une sorte de déglutition automatique. Il termine en abordant un point très important à connaître en médecine légale, ce sont les impulsions qui poussent impérieusement les malades à commettre tel ou tel acte, sans en avoir conscience.

HÉMICHORÉE PRÆ-PARALYTIQUE, par M. CH. ELOY (N° 82). — Hémichorées ou *paralysie agitans* comme premier signe d'une lésion cérébrale. — Chorées et hémichorées cérébrales, névrosiques et rhumatismales. — Tremblement et agitation hémichoréique. — Les hémichorées cérébrales præ ou post-paralytiques. — *Paralysies agitans* ou hémichorées symptomatiques d'une encéphalopathie. — Hémichorées à début lent ou apoplectiforme.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

(Année 1883).

DES RAPPORTS DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE AVEC LA SYPHILIS, par M. le Dr DE RANSE (Nos 14, 15, 16 et 17). — Dans son travail l'auteur pose les conclusions suivantes :

1° L'ataxie locomotrice est primitive ou secondaire. On observe parfois dans le cours d'autres affections cérébro-spinales, par suite de la propagation de leurs lésions aux bandelettes externes des cordons postérieurs, des symptômes tabétiques accidentels qui ne sauraient constituer, dans son type caractéristique, l'ataxie progressive.

2° L'anatomie pathologique démontre que des symptômes tabétiques de ce genre peuvent survenir dans des cas de syphilis cérébro-spinale ; il est admissible, sinon démontré, que sous l'influence de cette irritation primitive et extrinsèque des cordons postérieurs, et en vertu d'une prédisposition spéciale, une ataxie locomotrice secondaire, c'est-à-dire vulgaire, se développe avec tout son cortège ou sa succession de lésions et de symptômes ; mais l'anatomie pathologique montre, entre le processus syphilitique et le processus tabétique, une ligne de démarcation

qui ne permet pas de considérer la sclérose primitive des cordons postérieurs comme de nature syphilitique et ainsi d'accepter la doctrine d'une ataxie primitive spécifique.

3o Ces enseignements de l'anatomie pathologique ne sont nullement infirmés par les statistiques produites en faveur de la spécificité de l'ataxie locomotrice ; ces statistiques, encore insuffisantes, soulèvent de nombreuses objections et ont besoin d'un nouveau contrôle.

4o Ces mêmes enseignements de l'anatomie pathologique sont, non infirmés, mais plutôt confirmés par les résultats que fournit la médication spécifique dans le traitement de l'ataxie locomotrice.

5o Le traitement antisyphilitique, incontestablement utile et efficace dans les cas de phénomènes tabétiques symptomatiques d'une syphilis cérébro-spinale et peut-être au début d'une ataxie secondaire développée dans les mêmes conditions, est, non seulement inutile, mais peut devenir nuisible dans l'ataxie locomotrice primitive ; on ne saurait donc le prescrire d'une manière absolue et indifféremment dans tous les cas où l'on observe des signes tabétiques.

APHASIE, CÉCITÉ VERBALE, par M. le Dr DE RANSE (No 24). — M. de Ranse rappelle que la lésion centrale rencontrée dans les observations de cécité verbale où l'autopsie a été faite, a pour siège le lobule pariétal inférieur et le pli courbe, région alimentée par une branche de la sylvienne.

Dans le plus grand nombre des cas de cécité verbale, le malade est frappé d'hémiplégie et d'aphasie. Au bout d'un temps variable la paralysie se dissipe, les troubles du langage disparaissent, mais le malade s'aperçoit qu'il ne peut plus lire. La vue des caractères écrits ne réveille en lui aucun souvenir des noms ou des idées qu'ils expriment. Dans ces cas on doit admettre que, par suite d'une cause quelconque, thrombose, embolie etc, le tronc de la sylvienne est oblitéré. Puis la circulation, soit par la voie directe, soit par la voie collatérale, se rétablit dans certaines parties du territoire de cette artère ; dans la troisième circonvolution frontale, d'ou disparition de la logoplégie ; dans le frontale et la pariétale ascendantes, d'ou disparition de l'hémiplégie ; mais la branche qui se rend au lobule pariétal inférieur et au pli courbe reste imper-

méable ; la circulation collatérale tarde à se rétablir et la cécité verbale persiste.

Dans d'autres circonstances la cécité des mots débute brusquement sans hémiplégie et sans aphasie. C'est que la circulation n'est gênée on empêchée que dans la branche de la sylvienne destinée au lobule pariétal inférieur et au pli courbe.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

(Mai 1883).

CHRONIQUE. — Théories diverses des paralysies partielles post-épileptoïdes. — Rareté relative de la folie tabétique. — Encore la morphinomanie. — Effets différents de l'intoxication par la morphine et par l'opium brut. — Le monde des rêves. — Influence de l'opium et du haschich sur la criminalité à l'île Maurice. — Un aliéné qui réclame sa liberté et qui refuse d'en profiter quand il l'a obtenue.

DE LA FIÈVRE TYPHOIDE DANS SES RAPPORTS AVEC LA FOLIE par M. le Dr MARANDON DE MONTYEL. — L'auteur s'arrête aux conclusions suivantes relativement à l'action de la fièvre typhoïde sur les facultés de l'homme sain d'esprit.

I. La fièvre typhoïde engendre des *délires pertyphiques* et des *délires postyphiques*.

II. Les *délires pertyphiques* sont ceux qui, liés directement à la dothiénenterie, naissent et meurent avec elle, quand s'est effectué le retour complet à la santé physique ; ils se subdivisent en *délires initiaux*, *délires de la période d'état*, *délires de la convalescence*.

III. Les *délires initiaux* diffèrent chez les prédisposés vésaniques et les non prédisposés. Peu intenses chez ceux-ci, ils peuvent au contraire chez ceux-là revêtir la forme de la manie congestive avec violente agitation et entraîner par erreur l'isolement dans un asile.

IV. Il n'est pas possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de diagnostiquer la manie congestive, manifestation initiale de la fièvre typhoïde chez un prédisposé vésanique, par le seul examen mental.

V. La sputation avec horreur des liquides est encore le meilleur signe différentiel du délire aigu avec la fièvre typhoïde à délire maniaque initial.

VI. Les *délires de la période d'état* ne sont que des délires fébriles.

VII. Les *délires de la convalescence* sont toujours constitués par une obtusion intellectuelle intense, à laquelle s'ajoutent le plus souvent des conceptions délirantes niaises à forme lypémaniaque et mégalomaniaque, ainsi que diverses hallucinations.

VIII. Les *délires initiaux* dépendent de la congestion cérébrale ; les *délires de la convalescence* de la fatigue cérébrale et de l'anémie.

IX. Les délires posthypiques sont ceux qui poursuivent leur cours après le rétablissement complet de l'organisme à l'état normal et ceux qui éclatent plus ou moins longtemps, après que tout a semblé rentrer dans l'ordre. Ils sont donc *immédiats* ou *médiats*.

X. Les *délires pertyphiques* sont toujours curables et les *délires postyphiques* généralement incurables.

XI. Le diagnostic différentiel et le pronostic des *délires postyphiques immédiats* et des *délires pertyphiques de la convalescence*, se basent sur les considérations suivantes :

1° S'il y a paralysie d'origine célébrale, délire postyphique incurable ;

2° S'il n'y a pas paralysie d'origine cérébrale, mais prédisposition vésanique : délire postyphique probable et incurabilité à redouter ;

3° S'il n'y a ni paralysie d'origine cérébrale, ni prédisposition vésanique et que l'état mental soit de la manie : délire postyphique probable et incurabilité à redouter ;

4° S'il n'y a ni paralysie d'origine cérébrale ni prédisposition vésanique, ni état maniaque continu, délire pertyphique de la convalescence probable et guérison à espérer. Toutefois si les accidents cérébraux de la période d'état ont été violents et prolongés, si surtout le malade présente plutôt l'aspect d'un dément que d'un obtus, il sera prudent pour se prononcer d'attendre la marche de la maladie, qui, dans les cas de délire pertyphique de la convalescence, s'améliorera assez rapidement sous l'influence de la médication tonique.

XII. La fièvre typhoïde, tout comme l'herédité, est susceptible de créer une prédisposition vésanique, qui amène des *délires postyphiques médiats.*

XIII. Quand ces délires éclatent chez un individu qui

avait baissé intellectuellement depuis l'affection typhique, l'incurabilité est à peu près certaine.

XIV. Quand ils éclatent chez un individu rentré, en apparence du moins, en possession de ses facultés après la fièvre typhoïde, le pronostic est moins grave que dans les cas précédents et plus grave que dans les cas de folie acquise par excès, vice ou misère.

XV. Les *délires postyphiques immédiats*, revêtent d'ordinaire la forme maniaque et sont remarquables par la précocité de la démence, précocité qui se trouve aussi dans les *délires postyphiques médiats.*

XVI. La paralysie générale est parfois une conséquence immédiate de la fièvre typhoïde; l'hérédité congestive semble en favoriser le développement.

Relativement à l'action de la fièvre typhoïde chez les aliénés, M. Marandon de Montyel se résume ainsi:

I. La fièvre typhoïde est rare chez les aliénés.

II. Chez les aliénés, la fièvre typhoïde améliore ou guérit les cas curables, laisse intacts ou aggrave le plus souvent les cas chroniques.

III. La fièvre typhoïde n'a d'influence heureuse que sur les manifestations actuelles; elle ne neutralise pas des prédispositions.

IV. C'est par une action substitutive que la fièvre typhoïde améliore ou guérit la folie.

NOTE SUR LA PRÉDOMINANCE ACTUELLE DES FORMES DÉPRESSIVES DE LA FOLIE PARALYTIQUE, par M. le Dr CAMUSET.

HYSTÉRIE, CATALEPSIE CHEZ UNE PETITE FILLE DE NEUF ANS. HÉRÉDITÉ, GUÉRISON, par M. le Dr MILLET.

RÉMISSION DE PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. le Dr REY.

RÉFLEXIONS SUR L'ADMINISTRATION PROVISOIRE DES BIENS DES ALIÉNÉS, par M. le Dr BONNET.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

(Année 1883).

NOTE MÉDICO-LÉGALE SUR LE TESTAMENT D'UNE DÉMENTE PARALYTIQUE, par M. le Dr LEGRAND DU SAULLE (N° 1).

MORPHINOMANIE, par M. Dr MOTET, (n° 7). — Rapport sur l'état mental d'une jeune femme, inculpée de vol, chez laquelle l'expert a constaté des troubles cérébraux graves dus à l'abus des injections de morphine.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX.

NOTE SUR UNE VARIÉTÉ DE LANGAGE IMAGINÉ PAR UNE LYPÉMANIAQUE, AVEC DÉLIRE MYSTIQUE, par M. le Dr TAGUET. (No 4.) — L'auteur rapporte une observation très originale d'une malade atteinte de lypémanie avec idées mystiques, pour laquelle il existait deux langues; l'une divine parlée par les prêtres dans leurs entretiens ayant trait à la religion, l'autre diabolique, c'est la nôtre. N'ayant pu se procurer les éléments de la première et répugnant à user de la seconde, cette malade en a imaginé une dont elle a rejeté toutes les consonnances pouvant éveiller des idées malséantes, tristes ou déshonnêtes. Elle est restée pendant plusieurs années sans parler et ce n'est que lorsqu'elle a été complètement maîtresse de son nouveau langage, qu'elle a consenti à sortir de son mutisme.

DE L'ANALOGIE DU DÉLIRE DE L'ALIÉNATION MENTALE AVEC LE DÉLIRE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE, par M. le Dr TAGUET. (No 9.)

LEÇON SUR LA PARALYSIE DU MOTEUR OCULAIRE COMMUN, par M. le professeur PICOT (N° 16).

TUBERCULES DU CERVELET, CAVERNES TUBERCULEUSES DES REINS, TUBERCULOSE MILIAIRE DES POUMONS. Observation recueillie par M. ROBERT, (No 18).

DES SORTIES PROVISOIRES A TITRE D'ESSAI, par M. le Dr TAGUET (N° 19). — M. Taguet appelle l'attention sur les sorties provisoires accordées aux aliénés, qui sont dans les asiles et qui entrent en convalescence; il considère cette mesure d'abord comme un excellent traitement de la folie et ensuite comme le moyen le plus sûr pour reconnaître, dans les cas douteux, si un aliéné peut être rendu à la vie commune.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

(Année 1883.)

OBSERVATION DE TUMEUR CÉRÉBRALE, par M. le Dr CHAUVET (No 2). — Gliosarcome occupant la partie postérieure de la couche optique droite, une partie du lobe occipital et l'étage inférieur du pédoncule cérébral. Pas de dégénération descendante de la protubérance et de la moelle.

Symptômes épileptiques et hémiplégiques avec contracture.

FIÈVRE TYPHOIDE, ATAXIE CHORÉIFORME, APHASIE, par M. le Dr DE LA HARPE (No 6).

SIMPLE COMMUNICATION RELATIVE A L'HYSTÉRIE, par M. le Dr BOREL (No 6). Observation d'une femme hystérique atteinte de hernie crurale à droite, chez laquelle les symptômes hystériques sont disparu à la suite de la compression que la pelote du bandage exerçait sur la région dite hystérogène.

G. BOYÉ.

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS

ARCHIV FUR PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE UND FUR KLINISCHE MEDICIN.

[Tome XCII. 3e Cahier].

UEBER DIE SOGENANNTE « TEMPORARE FORM » DER ACUTEN ATROPHISCHEN SPINALLAHMUNG ERWACHSENER par le Prof. MARTIN BERNHARDT. [De la forme dite temporaire de la paralysie spinale atrophique aiguë des adultes].

L'auteur se propose d'étudier dans ce travail les paralysies temporaires des adultes, qui paraissent offrir quelques analogies avec la paralysie atrophique de l'enfance. Il passe d'abord en revue les observations de Polymyosite ou Polyneurite connues dans la science, puis publie une observation personnelle. Il s'agissait d'un malade d'une bonne santé habituelle qui, à la suite d'excès vénériens ou peut-être d'un refroidissement, présenta une énorme faiblesse des extrémités inférieures, sans fièvre et sans que les fonctions de la vessie et du rectum fussent entravées. Il n'existait pas de troubles de la sensibilité objectivement appréciables, et le malade n'éprouvait, ni spontanément, ni à la pression, de douleurs au niveau des muscles malades. Tous ces signes réunis firent porter le diagnostic d'une polyomyélite antérieure subaiguë ou d'une paralysie spinale atrophique. Il manquait dans ce cas les signes caractéristiques, objectifs ou subjectifs, les réactions électriques soit d'une myosite, soit d'une névrite multiple; par contre, il n'est pas nécessaire d'invoquer d'autres signes pour diagnostiquer la myélite. La déduc-

tion à tirer de ce fait c'est que malgré l'apparition de la paralysie, d'une atrophie notable et d'une diminution de l'excitabilité électrique, on peut cependant espérer la guérison du malade. L'observation publiée par Bernhardt doit être rapprochée de celle, également suivie de guérison, que Landouzy et Déjerine ont publiée dans leur article sur la Paralysie générale spinale à marche rapide et curable.

Deutsche Arch. f. klin. Med.

T. XXXIII

Untersuchungen uber die letzen Endigungen der motorischen Nerven im quergestreiften Muskel und ihr Verhalten nach der Durchschneidung der Nervenstamme, von D[r] H. Gessler. [Recherches sur les terminaisons des nerfs moteurs dans les muscles striés et leurs modifications après la section des troncs nerveux].

L'auteur a fait ses recherches sur le lézard et l'oursin de mer et elles ont en grande partie confirmé les résultats obtenus par Ranvier. Il croit sans en être absolument convaincu à une terminaison intrasarcolemmateuse du nerf.

Dans les plaques terminales il distingue deux variétés de noyaux ; les uns renfermant des granulations et irrégulièrement arrondis, les autres plus clairs, pour la plupart ovales ont été décrits par Ranvier sous le nom de noyaux fondamentaux ; ces derniers seuls ont un corpuscule et sont plus profonds que les noyaux granuleux. Ceux-ci seraient pour Gessler de nature nerveuse, tandis que les noyaux fondamentaux contribueraient à la nutrition des plaques terminales.

Les premiers jours après la section du tronc nerveux il ne se produit aucune modification dans la plaque terminale. Puis les noyaux fondamentaux disparaissent, alors que les noyaux granuleux augmentent pour disparaître aussi finalement (du 30 au 60[e] jour). Vers le dixième jour les fibres terminales renfermant de la myéline sont presque entièrement dégénérées alors que la dégénérescence commence seulement dans la portion périphérique du nerf sectionné. Ces résultats ne s'appliquent qu'aux lézards ; chez les animaux à sang chaud (cochon d'Inde) le processus est beaucoup plus rapide.

PRAGER ZEITSCHRIFT F. HEILKUNDE.

[Tome IV. 1883].

ZUR LEHRE VON DER ANAMIE DES RUCKENMARKS. [Contribution à l'étude de l'anémie de la moelle] par le Prof. SIGMUND MAYER, à Prag.

Si l'on anémie la moelle d'un lapin en oblitérant l'aorte, il se produit souvent une paralysie des muscles innervés par la portion de la moelle anémiée, sans convulsions préalables ; tantôt au contraire surviennent des convulsions à la suite desquelles les mouvements réapparaissent. L'auteur croit que, dans le premier cas, l'anémie n'est pas complète et qu'il existe un courant collatéral, car il a observé qu'en oblitérant l'aorte descendante suivant la méthode de Kussmaul on obtient toujours des mouvements convulsifs de flexion et d'extension, à la suite desquels se produit la paralysie. Le Professeur Mayer a souvent renouvelé ses expériences et a toujours obtenu les mêmes résultats ; il croit donc que l'anémie complète de la moelle s'accompagne toujours de troubles de nutrition assez intenses pour déterminer des convulsions.

BERLIN. KLIN. WOCHENSCHR. 1883.

N° 17. — UEBER EPILEPTIFORME HALLUCINATIONEN, par le Dr ADOLF KUHN. [Des hallucinations épileptiformes].

L'auteur appelle l'attention sur les états épileptoïdes dans lesquels les hallucinations avec perte momentanée de conscience constituent le seul symptôme. La crise convulsive serait donc remplacée par l'hallucination. Le Dr Kuhn publie, à l'appui de son dire, trois observations. Dans le premier cas, le malade avait eu des vertiges mais jamais de traces manifestes d'épilepsie ; cependant, l'auteur considère ces hallucinations transitoires avec perte de connaissance comme un état épileptoïde. Dans le second cas, il n'existait aucun antécédent épileptique, et le tableau de la maladie paraît plutôt se rapporter à celui de la folie hallucinatoire. La troisième observation concerne un malade en démence chez lequel l'étude des antécédents personnels devait présenter d'assez grandes difficultés. Malgré les lacunes que présentent ces observations nous croyons qu'il est difficile d'attribuer ces hallucinations transitoires à un autre état qu'à de l'épilepsie larvée.

Elles viennent à l'appui de la pathogénie corticale de l'épilepsie, théorie préconisée comme nous savons par Jackson, et plus récemment par Tamburini qui place le point de départ des hallucinations dans les centres corticaux sensoriels.

N° 20 et 21. — UEBER DIE TYPISCHE FORM DER PROGRESSIVEN MUSKELATROPHIE, par GUNTHER. [De la forme typique de l'atrophie musculaire progressive].

L'auteur publie deux observations qui répondent au type Aran-Duchenne de la maladie; ses recherches ont surtout porté sur l'électrisation des muscles et il a constaté que la contractilité était conservée dans les muscles peu atrophiés. L'effet obtenu par la faradisation est d'autant moins marqué que l'atrophie est plus prononcée. A mesure que les fibres musculaires disparaissent, l'effet obtenu par la faradisation devient de moins en moins marqué, et il arrive un moment où les secousses deviennent très courtes et faibles. En somme, ces résultats ne font que confirmer ceux qu'a indiqués Duchenne.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur établit le diagnostic différentiel de l'atrophie progressive d'avec la myélite chronique diffuse, la névrite multiple périphérique, la myosite primitive avec atrophie, et les atrophies musculaires consécutives aux inflammations articulaires.

No 21 et 22. — BEITRAG ZUR KENNTNISS DER ACUTEN COORDINATIONSSTORUNGEN NACH ACUTEN ERKRANKUNGEN (RUHR) VON LEUHARTZ. [Contribution à l'étude des troubles aigus de coordination après des maladies aiguës (Dysenterie). par LEUHARTZ].

Parmi les affections infectieuses susceptibles de produire de l'ataxie, Leuhartz range au premier chef la dysenterie. Il cite à cet égard une très intéressante observation. Un enfant de 8 ans fut atteint de dysenterie dont les manifestations locales cédèrent au bout de 12 jours. Dès les débuts s'étaient produites des manifestations cérébrales telles qu'apathie, délire furieux et aphasie. Quatre semaines après le début de la maladie on constata une très grande faiblesse avec pâleur, de l'apathie, une perte complète de la parole, de l'anesthésie et de la paralysie des sphincters. Deux semaines après surgit de l'ataxie, qui fit des progrès de plus en plus sensibles malgré la réapparition du sens du toucher et du sens musculaire. Cette ataxie ne se

manifesta au début que pour les mouvements des membres, mais dans la suite elle envahit tous les mouvements du tronc et surtout ceux qui étaient sous la dépendance du bulbe. Pendant des mois, l'ataxie et l'aphasie furent les symptômes prédominants. Cette dernière paraissait être de nature ataxique, car l'enfant comprenait tout ce qu'il entendait, tout ce qu'on écrivait et ne présentait aucune paralysie des muscles de la parole. Ce n'est que trois mois après les débuts de la maladie que l'enfant put recommencer à émettre quelques sons, et c'est en épelant qu'il apprit progressivement à parler, mais il conserva toujours une parole scandée.

Dans l'espace d'un an l'ataxie disparût en partie, mais les mouvements compliqués, tels que ceux de l'écriture furent toujours un peu difficiles. Les facultés intellectuelles, surtout la perception et la mémoire, restèrent profondément affaiblies. Ce cas d'ataxie peut être comparé à ceux que l'on a constatés à la suite de la fièvre typhoïde et il a probablement pour base anatomique une sclérose multiple du cerveau et de la moelle.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FUR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDICIN.

Réunion de la Société psychiatrique des provinces du Rhin.

1° Le docteur Schultz communique à la Société un rapport médico-légal concernant un homme âgé de 34 ans, atteint d'épilepsie traumatique et qui était accusé d'incendie. Les attaques se produisaient la nuit sous forme de perte de connaissance ; à la suite de la crise, amnésie complète. Il avait fait quelques excès alcooliques, mais il n'y eut pas de *delirium tremens*. Le lendemain du jour où il avait mis le feu à un hangar, il racontait à ses amis qu'il était l'auteur de cet attentat, puis il nia toute participation à cet acte. Vu la fuite du malade après l'incendie et les confidences qu'il fit à ses camarades, Schultz conclut à une certaine responsabilité.

L'auteur étudie, à ce propos, la différence qui existe entre la perte de connaissance au point de vue psychologique et médico-légal. Dans la perte de connaissance, au sens psychologique, les actes, en tant que mouvements coordonnés émanant d'idées préalables, ne sont pas possi-

bles. Schultz compare ensuite l'hypnotisme avec l'obnubilation des sens qui existe chez l'épileptique. L'hypnotisme se caractérise par la dépendance du médium par rapport à l'hypnotiseur, dont il imite tous les mouvements. Même dans le cas où des visions et des songes se produisent chez le sujet, celui-ci n'est toujours que l'automate de l'hypnotiseur. Les manifestations hypnotiques résultent d'excitations périphériques qui, partant des sens, vont agir sur certains centres. Les centres que Munk a localisés dans l'écorce du lobe occipital sont sans doute excités et mettent à leur tour en activité les appareils moteurs. Dans l'épilepsie, il existerait toujours une certaine activité psychique et l'amnésie n'est pas un symptôme pathognomonique des absences épileptiques. Devergie et Moreau ont jadis signalé quelques cas où des épileptiques avaient conservé un certain souvenir des actes commis pendant leur accès.

Oebecke lit un mémoire sur les onctions du crâne dans la paralysie générale progressive. Dans le cours de la discussion, Nasse et Ripping se prononcent contre la valeur de cette méthode thérapeutique.

Hertz lit un rapport médico-légal sur un cas d'affaiblissement intellectuel de nature aphasique.

Le sujet de l'observation, âgé de 76 ans, était resté aphasique à la suite d'un traumatisme du crâne, survenu en 1861. L'aphasie resta toujours complète, c'est-à-dire qu'il ne comprenait pas ce qu'on lui disait et qu'il ne pouvait pas parler. Il avait conservé quelques souvenirs de son état antérieur à l'accident, mais depuis il n'acquit plus aucune notion nouvelle, car il ne refit pas l'éducation de sa fonction. C'est à peine si on pût lui faire comprendre qu'il avait fait un héritage. Il n'est pas en état de comprendre ce qu'on lui lit, les caractères écrits ou imprimés. Il ne peut même pas copier son nom, ni le répéter; il n'arrive pas à compter jusqu'à 10. Les nouvelles monnaies lui sont absolument étrangères.

Ce malade est donc devenu sourd et muet, et l'est resté. Il a perdu en même temps la faculté de lire et d'écrire. Or, nous savons psychologiquement que parler et penser sont des facultés corrélatives; sans la parole nous ne pouvons nous comprendre ni comprendre les autres. Cet aphasique n'est pas un dément, mais il est tombé ou redescendu à l'insuffisance intellectuelle de l'enfant.

HERTZ. — CONSTATATION DE LA CAUSE ANATOMIQME DU DÉLIRE AIGU IDIOPATHIQUE. — Hertz a étudié la forme et le volume des trous déchirés postérieurs et a constaté que normalement le droit était plus grand que le gauche. Dans quatre cas de délire aigu idiopathique, Hertz a trouvé de la stase encéphalique tenant au rétrécissement du calibre des trous déchirés, de sorte que la circulation veineuse du cerveau s'effectuait difficilement.

La forme qu'affectent ces désordres est la forme maniaque et mélancolique. On distingue, en général, deux périodes, celle d'excitation cérébrale et celle de dépression. La mort survient dans la plupart des cas et résulte de la paralysie du cœur. Les autopsies ont toujours démontré la stase sanguine dans les vaisseaux artériels et veineux du cerveau, sans aucune trace d'inflammation ; l'auteur propose donc d'appeler cette affection : Hypérémie passive du cerveau par cause mécanique.

VON VOIGT. — DU DÉLIRE D'ÉPUISEMENT. — L'auteur désigne sous ce nom un état pathologique qui se développerait à la suite d'un violent épuisement psychique ou somatique. Ce délire surgit en général brusquement après une violente excitation ; dans certains cas, il est précédé de malaises et d'hallucinations isolées Au début existe un état d'angoisse et d'agitation qui, en peu de jours, atteint son acmé ; il se produit, pendant le cours de la maladie, des alternatives d'excitation et de dépression. A ces troubles psychiques s'ajoutent certains troubles somatiques, tels que du tremblement généralisé, de la titubation, de l'embarras de la parole, des irrégularités du pouls. Malgré cet ensemble de symptômes assez inquiétant, ce délire d'épuisement disparaît, en général, au bout de deux à trois semaines.

Le terrain sur lequel se développe cet état appartient, en général, à des individus faibles, le plus souvent héréditaires. Il peut anssi se greffer sur une psychose primitive, dont il constitue alors une des phases. Cette communication a été discutée par Nasse, qui croit avec raison que le délire d'épuisement ne peut pas constituer une entité morbide en pathologie mentale ; car il peut survenir, dans différentes affections psychiques et, d'autre part, on a décrit sous le nom de délire d'épuisement (Weber) les troubles à caractère dépressif qui surviennent à la suite des affections fébriles aiguës.

D[r] AD. RUEFF.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMÈRICAINS

BRAIN.

(Avril 1883).

PROFESSEUR ERB DE HEIDELBERG. DE LA PARALYSIE ATROPHIQUE CHRONIQUE CHEZ L'ENFANT. — Il s'agit d'un cas de cette maladie observé chez une petite fille de six ans. La malade fut traitée par le galvanisme et la guérison fut complète.

Bien que l'autopsie ne soit pas intervenue pour confirmer le diagnostic, il parait certain d'après l'analyse des symptômes, qu'il s'agissait bien réellement d'un cas chronique de paralysie atrophique. Cette maladie n'ayant jamais (ou presque jamais) été observée chez l'enfant, cette observation vient combler une lacune.

Dr ORNEROD. DES RAPPORTS ENTRE L'ÉPILEPSIE ET LES MALADIES DE L'OREILLE. — Laissant de côté les lésions organiques de l'appareil auditif, l'auteur signale certains phénomènes subjectifs qui paraissent avoir pour cause l'épilepsie. Chez certains sujets on constate une sorte de névralgie de l'appareil auditif qu'on pourrait rapprocher de la céphalalgie si fréquente chez les épileptiques. Chez certains individus, l'attaqne d'épilepsie est précédée par un aura auditif : des bruits, des sons de cloches, des bourdonnements se produisent au moment où les convulsions vont éclater.

L'auteur cite divers exemples ; il signale aussi la surdité chez les épileptiques. Il insiste sur la corrélation entre le vertige et les troubles des sens spéciaux, discute la possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'épilepsie et les affections de l'appareil auditif et donne quelques indications statistiques sur la fréquence de ces maladies chez les sujets atteints de cette grande névrose.

Dr BURG. — DE L'INFLUENCE DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE SUR LA PRODUCTION DE L'IDIOTISME ET DE LA DÉMENCE. — D'après l'auteur, la syphilis héréditaire est une cause plus fréquente des troubles intellectuels qu'on ne l'avait supposé jusqu'à présent. La forme la plus habituelle de la maladie est un abaissement de l'intelligence se produisant vers l'époque de la seconde dentition. L'idiotie

congétinale serait plus rare. Les lésions anatomiques seraient tantôt l'ostéite syphilitique des os du crâne, la méningite chronique. l'endartérite des vaisseaux de la base, enfin l'atrophie des cellules corticales.

PROFESSEUR FERRIER. — CAS DE GLIOMES CORTICAUX MÉDULLAIRES DU CERVEAU.

Dr MERCIER. — DE L'INCOORDINATION.

THE JOURNAL OF MENTAL SCIENCE

(Avril 1883).

Dr HACK-TUKE. — DE L'ÉTAT MENTAL DANS L'HYPNOTISME. — M. Tuke dans une communication faite à l'Association médicale psychologique a longuement analysé cette question en s'appuyant principalement sur les souvenirs de quelqnes hypnotisés qui conservent dans une certaine mesure la conscience de leur etat.

M. Horth, professeur de physiologie à l'hôpital de Weinminster a communiqué à l'auteur une description fort complète de son état intellectuel sous l'influence de l'hypnotisme.

M. Tuke s'appuie en même temps sur des observations recueillies par lui dans les hôpitaux et sur les données courantes de la science moderne à cet égard. Il formule les conclusions suivantes :

1° Il peut y avoir conscience dans l'état hypnotique et le sujet peut passer plus au moins rapidement à la perte de connaissance complète qui caractérise l'état de somnambulisme ; les manifestations auxquelles il se livre restant absolument indépendantes de la présence ou de l'absence de la conscience qui n'est qu'un épiphénomène.

2° Toute action de la volonté sur la pensée et les actes est suspendue.

3° Les couches corticales du cerveau répondent par action refléxe aux suggestions intérieures aussi longtemps que les communications entre la périhhérie et le centre ne sont pas interrompues.

4° Aussi longtemps que la conscience persiste, la perception des actes automatiques du cerveau donne au sujet l'impression du dédoublement de la personnalité.

5° Quelques-unes des fonctions intellectuelles, la mémoire par exemple, peuvent être surexcitées et il peut y avoir des hallucinatious et des illusions très caractérisées.

6° Dans quelques cas, le sujet copie exactement tous les actes et toutesles paroles de la personne avec qui il est en rapport.

7° Les impressions extérieures peuvent se trouver interceptées sur divers points de l'encéphale, suivant les régions affectées et le degré d'hypnotisation auquel elles sont parvenues.

8° Il peut y avoir aux divers degrés de l'hypnotisme de l'exaltation ou de la dépression de la faculté de perception et des sens spéciaux.

Dr SAVAGE. — PERTE SUBITE DE LA MÉMOIRE. — Une femme âgée de 40 ans, à la suite de grands chagrins, est frappée le 8 octobre 1882 d'une attaque hystériforme ; à partir de ce moment elle paraît avoir complètement perdu la mémoire. Elle dit avoir été mariée depuis quatre ans ; on lui demande l'âge de sa fille, elle répond 16 ans. Elle ne se rappelle pas la profession de son mari ; elle répète constamment les mêmes questions sans se rappeler qu'on vient d'y répondre ; il lui est complètement impossible d'indiquer le jour de la semaine, le quantième du mois, ou la date de l'année. Elle ne présente aucun autre signe de dérangement intellectuel, n'a point d'hallucinations ni de conceptions délirantes et ne présente aucune trace d'excitation ni de dépression.

Le 2 décembre elle est prise d'un attaque convulsive suivie de perte de connaissance ; affaiblissement du bras gauche et déviation conjuguée des yeux vers la droite. Lorsqu'elle reprit connaissance, elle était complètement aphasique. Ces accidents se sont promptement dissipés, et deux jours plus tard, elle se trouvait dans la même condition matérielle et morale qu'à l'époque de son admission.

On est tenté de croire que la perte de mémoire dont cette femme a été subitement frappée est en rapport avec une lésion organique probablement corticale de l'hémisphère droit ; mais dans l'impossibilité de formuler un diagnostic précis, il n'est pas sans intérêt de noter cette perturbation mentale singulière.

(Juillet 1883).

BEVAN-LEWIS. — LA CAFÉINE AU POINT DE VUE DE LA CHALEUR ANIMALE. — Les expériences de M. Bevan-Lewis

ont été faites sur le lapin; l'alcaloïde a été injectée dans l'estomac.

A dose modérée, la température absolue du corps baisse légèrement; à dose plus élevée, la production de chaleur augmente d'une manière notable, et la température générale du corps s'élève. Quand la dose est très forte, la thermogénèse s'exalte de plus en plus et une excitation nerveuse des plus intenses caractérisée par de l'irritabilité et des efforts violents en est la conséquence; au début cependant la température du corps s'abaisse. Les effets de l'alcaloïde sembleraient donc offrir une double série de phénomènes inverses. D'une part, la déperdition de chaleur est accélérée; d'autre part, la calorification est excitée, de telle sorte que dans plusieurs expériences, la température du corps s'abaisse au début, tandis qu'elle s'élève rapidement à la fin.

O. JENNINGS

VARIÉTÉS

LES ALIÉNES PEINTS PAR EUX-MEMES (1)

VII

MANIE RAISONNANTE OU FOLIE MORALE

Je continue ma publication d'écrits d'aliénés par l'auto-observation d'un malade appartenant à cette catégorie si intéressante et si étrange d'aliénés qu'on appelle *fous raisonnants*, *fous moraux*, *fous lucides*.

Celui, dont il s'agit ici, peut passer pour un des types de cette variété d'aliénation mentale. Intelligence vive et développée mais sans pondération, propension naturelle et pour ainsi dire impulsive aux actes pervers et délictueux, tendance perpétuelle au mensonge et à la tromperie, habileté consommée, appropriation d'un nom et d'un titre, délire ambitieux et inventions de toutes sortes dont l'absurdité se dé-

(1) Voir l'Encéphale 1882, pages 184, 373, 547.

guise sous des dehors presque sensés, tout est réuni ici pour faire de ce cas un des exemples les plus nets de la folie raisonnante à type intellectuel aussi bien que moral.

Voici l'histoire de la vie du malade écrite par lui-même ou plutôt sa double histoire, celle de son incarnation pathologique et celle de sa vie réelle avec son nom véritable. Dr E. Régis.

FAUR DE LA RIVIÈRE

Le colonel Faur de la Rivière épousa, à Paris, Mlle Larcé, fille du naturaliste de ce nom, et mourut un an après son mariage, laissant sa veuve enceinte d'une fille qui, née dans le temps légal, fut baptisée sous les noms de Amélie Faur de la Rivière. Trois ans plus tard, Mme Ve Faur de la Rivière ayant mis au monde un enfant mâle, cet enfant dut porter le nom de fille de sa mère et reçut, au baptême, les noms de Antoine Larcé.

Mme Ve Faur de la Rivière étant décédée, sa fille légitime fut mise en pension chez les Ursulines et son fils naturel fut conduit d'abord chez un monsienr de Chaulière, son cousin, puis chez un de ses oncles, M. Eugène Mazière, qui, lorsqu'il en eut l'âge, lui fit apprendre le métier de peintre en décors.

En 1842, le 15 mars, Mlle Amélie Faur de la Rivière, accoucha d'un fils naturel qui fut tenu sur les fonds baptismaux par le docteur Pontet, et reçut les noms de Joseph-Armand Faur de la Rivière. Dès lors, bien qu'elle fut fille, Mlle Amélie prit le titre de veuve Faur de la Rivière. Elle éleva son fils, boulevard Voltaire, où elle eut pour bonne Mlle Adélaïde Lafleur. Mlle Amélie Faur de la Rivière étant décédée en 1849, son fils fut conduit chez M. Eugène Mazière, alors professeur à Châlons ; peu de temps après, J. Faur de la Rivière fut conduit à Dôle dans un établissement des Jésuites où il ne resta que quelques mois, puis il fut confié aux soins d'un prêtre qui le conduisit à Marseille où ils s'embarquèrent à bord d'un navire hollandais en partance pour Tien-Sem, petite crique du littoral du Kiang-Nan (Chine) où ils débarquèrent et d'où ils se dirigèrent sur Zi-Ka-Wey, résidence des missionnaires de la

Compagnie de Jésus, distante d'environ quatre kilomètres de Shang-Haï ; ils y furent reçus par le R. P. de Carrère, vicaire apostolique de la province et tuteur de J. Faur de la Rivière.

J. Faur de la Rivière, ne répondant pas aux vues des R. P., ceux-ci empêchèrent qu'il apprit couramment la langue chinoise, redoutant qu'il fit une propagande nuisible à la leur. Cela se conçoit si, tenant compte de l'esprit des Jésuites en Chine, on considère que les professeurs de J. Faure de la Rivière avaient lu dans ses cahiers de physique cette proposition un peu trop osée : « *La cause de la gravitation semble pouvoir être expliquée par l'extension continuelle, par mouvement indéterminé, de l'Univers, limité par l'infini et considéré comme une sphère extensible à l'infini ;* » et dans son cahier de philosophie, cette proposition subversive : « *Dieu est le + x de toutes les équations philosophiques — les absurdités théologiques.* » Aussi les bons pères ne s'en tinrent-ils pas à la proscription de la langue chinoise, ils voulurent aussi proscrire l'étude des sciences naturelles. Faur de la Rivière pouvait leur sacrifier, tout excepté l'étude des sciences ; aussi déclara-t-il aux R. P. vouloir partir ; ce qu'ils lui accordèrent d'autant plus volontiers, qu'ils s'attendaient à le voir rentrer au bercail peu de temps après ce qu'ils appelaient une *fugue éphémère*. Ils ne firent donc point de sérieuses difficultés pour lui remettre environ quatre-vingt mille francs qui lui revenaient du côté maternel, et le laissèrent partir. Mais les bons pères, malgré leur finesse d'observation, s'étaient mépris sur le caractère de Faur de la Rivière. Le voyant toujours céder humblement à leurs remontrances, ils avaient pris sa modeste humilité pour de la faiblesse. Faur de la Rivière les désabusa, car bien qu'il ne fût âgé que de 17 ans, il ne revint pas ; vit l'Asie, passa en Afrique, puis en Europe, parcourut successivement une partie de la France, de la Suisse, de la Belgique, l'Allemagne, la Grèce, la Turquie et s'étant rendu à Saint-Pétersbourg, il écrivit à M. le docteur Pontet plusieurs lettres sur l'entomologie ; ses lettres traitaient des hémiptères et de la similitude des annelés sur les différents points qu'il avait parcourus.

De Saint-Pétersbourg, Faur de la Rivière retourna en Afrique avec la résolution de mener à fin une découverte dont il avait idée depuis l'âge de 15 ans et que, depuis, il avait vaguement poursuivie.

Considérant les différents travaux entrepris dans le but de fixer les couleurs du spectre solaire, il se dit que la chose était possible, et que si l'on fournissait des couleurs au soleil, il pourrait sans doute les distribuer. Puis il se reporta à l'idée de l'unité de la matière qu'il avait puisée dans la doctrine de Confucius, où elle est traitée en principe, bien qu'elle y soit recouverte d'un voile très épais. Il accepta donc avec transport les idées modernes ne considérant comme primitives que trois couleurs seulement, construisit une chambre obscure triple et, par superposition des trois épreuves, il obtint ce qu'il avait rêvé : des photographies colorées et fixes.

Faur de la Rivière avait alors 24 ans; il habitait la Sainte, jolie bourg d'Algérie éloigné de trente kilomètres environ de la ville d'Alger. Près de la Sainte s'élève, non loin de la mer, un plateau sur lequel gisent les ruines du tombeau des rois de Mauritanie, d'où la vue embrasse un magnifique panorama encadré par les montagnes et par la mer sur la côte de laquelle on découvre Alger y graduant son amphithéâtre. A cette époque (mai 1866), M.. Mar-Cotti, ingénieur civil, cherchait à découvrir la véritable entrée du tombeau des rois de Mauritanie dont l'épaisseur des ruines déroutait les chercheurs. Après de très longs et très ardus travaux préliminaires destinés à trouver le centre du tombeau, M. Mar-Cotti y fit établir trois sondes, dont l'une tomba de deux mètres vers la fin de la première quinzaine de mai. Avec une ardeur et un courage inouïs, en quelques jours, des milliers de mètres cubes de pierres furent enlevés, et vers le 27 mai, l'entrée du tombeau des potentats Maures était découverte et forcée.

M. le maréchal de Mac-Mahon, alors gouverneur de l'Algérie, ayant été avisé, vint au tombeau accompagné de Mme la maréchale son épouse, de Mme la maréchale Niel, de M. le général Faidherbe et de la plupart des officiers de l'état-major; Faur de la Rivière entra à leur suite dans l'intérieur du tombeau, où la crédulité populaire avait entassé des trésors et où ils trouvèrent..... de la poussière séculaire !!!

Cependant Faur de la Rivière n'était pas satisfait de sa découverte, il avait rêvé, ou du moins il lui semblait avoir rêvé mieux : il fallait trois épreuves pour une photographie, il voulait l'unité.

Il lui restait peu des fonds qu'il avait reçus des Jésuites, heureusement, depuis 1860 il recevait une rente de mille francs par trimestre ; il retourna en Asie. Un jour s'étant servi d'un morceau de cire jaune pour faire un fil à plomb, il fut émerveillé de voir qu'éclairée par un rayon de soleil tamisé à travers la verdure de plantes grimpantes qui encadraient la fenêtre de la chambre où il travaillait, la cire de son fil à plomb s'irisait et lui paraissait jaune, rouge et bleue. Il songea qu'il n'y avait qu'une couleur : *le jaune.*

Depuis longtemps poursuivant l'unité partout où il pouvait la pressentir, il avait, en expérimentant sur le flux, saisi la différence qui existe entre la lumière et la clarté. Pour que la clarté jaillisse dans les ténèbres et les dissipe, il faut, se disait-il, que la lumière y soit ; et dès lors il considéra la lumière comme étant, tout à la fois infuse et difuse dans la matière, et la clarté, tantôt comme l'effet de l'action de la lumière sur la matière, tantôt comme l'effet de l'action de la matière sur la lumière. Pour lui, la lumière fut cet état d'hésitation de la matière qui va céder au mouvement, aussi bien que l'état du mouvement matériel qui va réagir sur lui-même et s'accélérer ; de là deux pôles dans toute sphère luminifère. Mais la preuve de cette théorie hypothétique ? — Il la chercha dans l'étude des mélanges détonants et observa que certaines substances minérales ou métalliques réduites en poudre font détonner le mélange dans l'obscurité sans produire de clarté. Il fit une autre expérience sur les solutions sensibles à la lumière, telles que les solutions de sel d'argent et trouva que certaines substances, les mêmes que pour l'expérience précédente, noircissent, dans l'obscurité, les solutions sensibles.

Le brome, l'iode et le chlore, combinés sous l'influence de l'ozone lui livrèrent le véritable secret de l'*aquarelle solaire*. C'est qu'en effet, il avait compris que si les dissolutions de certains sels sont sensibles, c'est que les mouvements *luminiféraires* et *clariféraires* ou peut-être mieux *luciféraires* y sont inégaux, et que l'altération que ces dissolutions éprouvent est le résultat de l'égalité de ces deux mouvements. Ce qui lui ouvrait un vaste champ de spéculations scientifiques dans le domaine de la botanique, si fécond en phénomènes de ce genre.

LARCÉ.

En 1842, le 15 avril, Mlle Berthe Duluc, ouvrière en linge, non mariée, mit au monde un enfant mâle qui, reconnu par son père naturel, fut baptisé sous les noms de Larcé, Jules-Frédéric. Son père naturel était Adolphe Larcé, fils naturel de Mme veuve Faur de la Rivière. Peu de temps après la naissance de son fils ou peut-être bien avant, s'étant compromis à Paris par quelques libelles politiques, il alla habiter Epernay sous le nom d'Adolphe Faur, et exerça la profession de peintre. Berthe Duluc mourut en 1846. Jules Larcé fut conduit chez son père qui, à cette époque, habitait Avenay.

De 1846 à 1855, Larcé habita successivement les villages d'Avenay, d'Ambonnay et de Condé. Abandonné à lui-même, il vécut en vagabond et vola.

En février 1855, il fut condamné pour vol à treize mois de prison par le tribunal correctionnel d'Epernay, lequel lui fit l'application de l'article 67 du code pénal.

En octobre 1856, il fut condamné, pour vol et escroquerie, à un an de prison par le tribunal correctionnel de Reims, qui lui fit aussi l'application de l'article 67.

En octobre 1857, Larcé, sur l'intelligence de qui la prison semble avoir eu une influence périclitive, fut considéré, par le tribunal de Châlons-sur-Marne, pour les délits de vagabondage et de mendicité, comme ayant agi sans discernement, acquitté du jugement et envoyé dans une maison de correction jusqu'à l'âge de dix-huit ans. En ce cas, c'est l'article 66 qui lui fut appliqué.

En 1859, il fut mis en liberté provisoire chez un cultivateur d'un village de l'Aube, le sieur Poussain, Eugène, qui l'employa comme berger jusqu'à sa libération, 15 avril 1860. Vers le commencement de cette année-là, Larcé, dont le père s'était fait appeler Adolphe Faur, reçut, par l'intermédiaire de M. Poussain, son maître, avis qu'il lui serait servie une rente annuelle de 4,000 francs, mais il n'en toucha pas un centime, cette rente étant destinée à son cousin Faur de la Rivière. A sa libération, Larcé alla servir comme berger chez Mme veuve Pichel, à Chaumont, puis à Trannes (Aube), chez M. Fabre, fermier du maire de la localité.

En octobre 1860, Larcé fut condamné pour vol et escro-

querie à dix-huit mois de prison par le tribunal de Reims (Marne).

En mai 1862, Larcé fut condamné pour vol à deux ans de prison par le tribunal d'Arcis-sur-Aube.

La même année, en novembre, il fut condamné pour vol à cinq années de prison et cinq années de surveillance. Il faut que le tribunal ait prononcé la confusion de ces deux peines, car Larcé fut libéré en novembre 1867. Il avait subi sa peine en Corse, où par conséquent il était lorsque Faur de la Rivière assistait à l'ouverture du tombeau des rois de Mauritanie (Algérie), en 1866. Larcé étant condamné à la surveillance, sa résidence obligée fixée pour Avenay (Marne), indique clairement qu'il s'agit ici du cousin de Faur de la Rivière.

Depuis cette époque, de Larcé, Jules, berger, plus n'est question, mais, en 1869, un individu beaucoup plus instruit que ne pouvait l'être Larcé, Jules, quelle qu'ait été d'ailleurs son intelligence, fut, en mars, condamné par la Cour d'appel d'Aix-en-Provence, à dix ans de prison et dix ans de surveillance pour tentative d'escroquerie. Cet individu, c'est l'auteur du présent mémoire. Transféré à la maison centrale de Nîmes, j'essayai de revendiquer mon identité, mais au mois de mai suivant, M. Noblot, directeur de la maison centrale, me fit appeler dans son cabinet, et me montrant des papiers dont il ne voulut point me laisser lire le contenu, me dit que j'avais contrefait la signature de l'Empereur. Je me mis à rire, mais il me menaça de me mettre au cachot si je ne lui prouvais de suite n'être point l'auteur de ces pièces. Je lui fis observer qu'en ce cas il devait m'en donner connaissance ; il ne le voulut point. Alors, lui dis-je, commençant à m'indigner, veuillez, monsieur, me dire où et quand ces pièces ont été remises à la poste? Il en examina les timbres et me répondit : « A Paris, le 3 avril dernier. » Je lui fis observer que c'était précisément la date de mon entrée à la maison centrale. Il s'inclina et me renvoya à mon atelier.

Au mois de janvier 1870. M. Noblot m'ayant fait venir à son cabinet, me dit qu'il avait ordre de m'envoyer en cellule pour avoir contrefait la signature de M. le ministre Forcade de la Roquette. Je restai en cellule pendant un mois environ. M. le Préfet du Gard et M. le Procureur général étant venus visiter la maison centrale, je fus con-

duit au cachot jusqu'après leur visite, et bien qu'ils visitassent les cellules, je ne pus pas les voir et par conséquent il me fut impossible de leur présenter mes réclamations.

En février 1871, M. Couart, alors directeur de la maison centrale, me fit comparoir au prétoire, et après un déluge d'ordurières injures, me dit, qui le croira? Que j'avais contrefait la signature de Larcé, Jules, *depuis deux jours*. Je lui fis observer que m'étant querellé avec le contre maître libre de mon atelier, j'étais en cellule depuis huit jours ; il passa outre mon observation et me condamna à la cellule jusqu'à nouvel ordre. J'y restai un mois au pain sec et sans fourniture de literie.

Cependant, j'avais obtenu du ministère de M. Lambrech l'autorisation d'avoir du papier et des livres à ma disposition et j'écrivais après ma tâche remplie (j'étais à l'atelier de sculpture sur bois pour pipes et je remplissais ma tâche de 1 fr. 50 par jour en quatre heures), lorsque, sur l'envoi d'un mémoire adressé à l'Académie des sciences de Paris, je reçus la visite de M. Dumas, qui me dit que bien qu'il ne croyait pas à la possibilité de fixer les couleurs du spectre solaire, je pourrais expérimenter à mes frais ; je remarquai que M. Dumas me parlait beaucoup des antécédents de Larcé et que M. Bompars, alors directeur, s'empressait de répondre pour moi, de sorte que je ne pus placer que quelques mots insignifiants. L'administration des prisons ne me permit jamais de profiter de l'autorisation du ministère et je ne pus mettre ma découverte à jour.

En 1872, M. Bompars m'envoya au cachot pous avoir, disait-il, contrefait la signature de M. Thiers, alors président de la République. Comme il se trouvait un inspecteur général à la maison centrale, j'obtins la permission d'écrire à M. le Procureur général de Nîmes et à M. Barthélemy Saint-Hilaire, secrétaire de M. Thiers, et, sur ma demande, je fus transféré de la maison centrale à la maison d'arrêt, où l'instruction de l'affaire me dévoila une intrigue qui, partant du cabinet du directeur, s'étendait jusque dans les bas fonds de la prison, où elle avait pour instrument les détenus les plus immoraux de la maison.

M. Bompars qui, disait-il, voulait me sauver, essaya de me faire passer pour fou. J'eus la visite de MM. les doc-

teurs Miolé et Carcassonne, qui me déclarèrent exempt d'aliénation mentale ; j'obtins un jugement et je fus acquitté. Les preuves de mon innocence étaient tellement évidentes que ce fut M. le Substitut du Procureur de la République qui prit ma défense. La leçon ne profita pas à M. Bompars, qui visait la croix d'honneur et se voyait compromis par mon acquittement ; il profita de l'arrivée de M. de Goulard au ministère de l'intérieur, en remplacement de M. V. Lefranc, pour obtenir, en me présentant comme *homme dangereux*, l'ordre de mon transfert sur la maison centrale de Clairvaux, où M. Bompars avait été inspecteur, et où je devais être maintenu en cellule.

Lors de l'instruction de cette dernière affaire, j'eus la preuve que plusieurs de mes lettres avaient été remplacées par d'autres, que mon mémoire adressé à l'Académie avait été remplacé par un conte où Larcé Jules avouait tous ses antécédents judiciaires, conte brodé sur des renseignements que je m'étais procuré relativement à Larcé et qni m'avaient été dérobés, le tout couronné d'une hypothèse ridicule sur la formation des mondes. Quant à la question d'identité, elle avait été soigneusement écartée par M. le Juge d'instruction, sous prétexte que la loi ne permet point à un juge de rechercher la paternité.

J'arrivais à Clairvaux le 31 décembre 1872. Mes livres et mes papiers me furent retirés et je fus enfermé dans un affreux cabanon, où je serais resté sans jamais lire ni écrire, si je n'étais parvenu à établir des relations avec un condamné politique, qui me fit parvenir papier, encre et plumes, et qui fit partir en son nom, sous pli fermé, une lettre que j'adressais à M. le Ministre de l'instruction publique, avec une note sur l'intelligence humaine. Quinze jours après, je fus mis dans une cellule plus éclairée, j'eus une chaise, une table, mes livres, et j'obtins l'autorisation d'acheter du papier.

Environ quatre ans et demi après que je fus en cellule, le 17 janvier 1877, alors que l'asile pour les aliénés condamnés était établi à Gaillon et qu'on allait discuter un projet de loi tendant à ce que la peine des condamnés aliénés ne courût point tant qu'ils seraient en traitement, je fus transféré à l'asile d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne), où le docteur Lapointe, tout en me disant que je n'étais point fou, portait ces notes médicales : *Voit des*

anges, entend des voix, présente des traces de paralysie partielle, délire, extravague ; dont je trouvai la minute et que j'envoyai à une personne influente. Six semaines après, M. Lapointe était destitué et remplacé par M. le docteur Cortyl.

En janvier 1878, je fus transféré à la maison centrale de Gaillon (quartier spécial),

De Nîmes j'avais apporté à Clairvaux 144 francs de pécule réservé, 4 fr. 01 de pécule disponible, un couteau, un canif, une glace et quatorze volumes. A Clairvaux j'avais gagné 82 francs et acheté huit volumes, j'y avais écrit les manuscrits suivants : *Origine des mondes. — Esprit et matière. — Une funeste doctrine. — Autobiographie d'un homme dangereux. — Etudes sur les prisonniers et les administrateurs des prisons. — Recherches sur la cause de la récidive des condamnés. — Origine du langage. — Electro-thérapeutique. — Etudes sur l'âme humaine. — Le petit carême du solitaire. — Les chants du solitaire de la vallée d'absinthe* (poésie). — Une dizaine de cahiers d'*anatomie*, comprenant le *système nerveux*, le *système veineux et artériel*, l'*encéphale*, l'*abdomen*, la *circulation*, le *foie*, la *rate*, les *muscles de la couche superficielle*, etc. — Différentes notes scientifiques, littéraires, historiques, etc. Je réclamai donc 226 francs de pécule réservé, vingt-deux volumes et mes manuscrits; bien que tous les autres condamnés qui venaient des autres maisons centrales reçussent et leur pécule réservé et tout ce qui leur appartenait, M. le docteur Hurel étouffa toutes mes réclamations sous la douche et ne laissa sortir aucune de mes lettres.

L'époque de ma libération arrivée (12 mars 1879), je fus enfermé dans une cellule, et de là mis à l'infirmerie, où pour la première fois j'eus occasion de toucher la 29e bosse de Gall, bien saillante sur le crâne de M. Boro, condamné à perpétuité.

Le 29 mars, je fus transféré à l'asile d'aliénés d'Evreux, au compte du département de la Seine. M. le docteur Broc, traduisit ce que je lui écrivis au sujet du tombeau des rois de Mauritanie par cette phrase : « *Se dit l'ami intime du maréchal de Mac-Mahon,* » et ce que je lui écrivis au sujet de M. Dumas par celle-ci, non moins laconique : « *Se dit très connu de l'Institut.* » Puis il m'inscrivit : *Halluciné de l'œil et de l'ouïe ;* ayant des idées de grandeur, des idées de

persécution, délirant, mélancolique, me disant Faur de la Rivière, ayant des troubles. Quelques jours après mon arrivée à Evreux, je fus appelé à travailler chez M. le docteur Galopain, qui dut faire un rapport sur mon compte. Ce rapport, que j'ai démontré être en contradiction avec ce que disait de moi M. Broc, fut supprimé de mon dossier.

Vers la fin de mai, M. Broc me retira de chez M. Galopain pour m'employer comme sous-secrétaire. Pendant neuf mois je travaillai avec M. Quid'beuf, un type de véritable honnêteté, qui peut attester que je n'ai jamais eu pendant ces neuf mois, de troubles intellectuels manifestés par des erreurs sérieuses dans les écritures qui m'étaient confiées et que jamais je n'ai gâté une seule feuille de papier timbré bien que j'en employasse une dizaine par mois.

Voyant que M. D. actuellement à l'asile de Sainte-Anne, allait être rendu à la liberté et qu'il n'était pas question de me renvoyer, j'écrivis une lettre au ministère de l'intérieur et je la remis à M. D., qui la mit à la poste.

En janvier 1880, sans doute à la suite de renseignements demandés sur mon compte par le ministère ou par la préfecture de la Seine, M. Broc voyant que M. Quid'beuf attestait que je n'avais aucun trouble intellectuel, voulut me faire travailler à la pharmacie. Un employé de l'économat qui me portait beaucoup d'intérêt, m'ayant avisé qu'il y avait beaucoup d'erreurs dans les écritures de la pharmacie et que tôt ou tard, si j'y mettais la main, on imputerait ces erreurs à quelques troubles intellectuels de ma part, je refusai d'y travailler. Alors M. Broc me fit conduire à la surveillance continue où je restai un mois environ, lorsque j'en sortis un employé me remit un travail intitulé : *Solution récente d'un problème ancien* adressé à l'académie de Paris et que j'avais remis à M. Broc environ neuf mois avant, mais qu'il n'avait pas envoyé à son adresse. Un soir, je sortis de l'asile et j'allai porter à la boîte aux lettres d'Evreux un pli à l'adresse de M. le Ministre de l'intérieur, puis je rentrai à l'asile ainsi que je le déclarai dans ce pli mais mon absence ayant été remarquée, bien que personne ne m'ait vu rentrer, je fus renvoyé à la surveillance continue. M. Broc para la botte que je lui avais portée, en faisant sur mon compte un rapport exagéré et faux à M. le Directeur de l'Assistance publique.

J'écrivis à M. le Procureur de la République qui vint me voir et me dit de lui adresser un mémoire, ce que je fis le 4 avril. Je demandais la visite de médecins aliénistes plus intègres que M. Broc. M. le Procureur de la République me répondit que cela coûterait trop cher, que M. Broc allait quitter l'asile et que je serais visité par son successeur ; je pris donc patience, et, en effet, M. Broc alla à Rouen et fut remplacé par M. le docteur Brunet qui resta plus de quinze jours sans m'adresser la parole, voyant que je restais toujours confondu avec les hommes dangereux, je priai M. le Préfet de la Seine de me faire transférer à l'asile de Bicêtre où il y a un quartier de sûreté et dans la même lettre par une pièce de vers, à la mesure de ceux de Juvénal, je souffletai vigoureusement les Filles de la sagesse (les religieuses) qui s'étaient permises d'insulter à ma misère. Cette lettre, M. le Préfet de la Seine la reçut par l'intermédiaire de M. le Procureur de la République à qui je l'avais adressée.

Quelques jours après l'envoi de cette lettre, M. le directeur Brunet me fit appeler dans son cabinet et me montrant ma lettre portant le timbre de la préfecture de la Seine, il me dit brusquement que M. le Préfet de la Seine ne voulait pas de moi.

M. Brunet m'interrogea sur mon nom, bien que la lettre qu'il avait sous les yeux lui prouvait que je ne me disais point Faur de la Rivière ainsi que l'affirmait M. Broc, puisqu'elle était signée Larcé dont j'acceptais tous les antécédents me réservant de réhabiliter, par une couduite honnête et laborieuse le nom que la force des circonstances m'avait imposé. M. Brunet me dit qu'il ne tiendrait pas compte des notes médicales de M. Broc et me renvoya. Depuis, j'eus toute liberté dans l'asile, mais je n'abusais jamais de la confiance que l'on eût en moi. Je fis des musiciens, je réorganisai la fanfare qui n'existait plus, j'appris la transposition à première vue du plain-chant à toutes les dominantes et seul sans professeur, j'appris à toucher de l'harmonium, j'enseignai aussi les éléments de la lecture et de l'écriture à M. le Surveillant-chef à qui on n'avait jamais pu apprendre à lire couramment dans un livre; aujourd'hui M. le Surveillant-chef lit toutes les écritures manuscrites et peut même rendre sa pensée par écrit, il connaît les quatre règles de l'arithmétique : c'est tout ce

que j'ai pu lui apprendre en dix mois de huit heures du soir à onze heures. Je fis aussi bon nombre d'aquarelles que je vendis 5 et 6 francs.

Cependant le temps s'écoulait, et de me faire sortir point n'était question. Au mois d'août dernier, je remarquai que voulant apprendre l'accompagnement de la musique, cela ne plût pas à M. l'Aumônier qui ne m'en parla point mais qui commença à ne pas se conformer à l'ordre des offices qu'il me donnait par écrit, de sorte que lorsque je donnais le ton d'un chant, il entonnait un autre chant, ce que je fis remarquer à M. le Chef de la fanfare, disant que si cela se renouvelait je serais obligé d'abandonner l'harmonium, attendu que M. le Directeur prendrait pour des troubles intellectuels de ma part ce qui n'était qu'erreur ou calcul de la part du prêtre, qui prétendait que je n'étais point musicien. Le fait s'étant reproduit j'abandonnai l'harmonium. Ce qui, je le savais, devait me mettre la communauté à dos. En effet, vers le 15 septembre, le surveillant en chef me dit que Mme la supérieure ne voulait plus que j'allasse me promener dans le jardin, attendu que j'avais des relations avec une surveillante à qui je montais la tête. Si l'insulte m'avait été simplement individuelle, je m'en serais vengé comme de la première par quelques joyeux couplets au sujet de la fête de la supérieure, mais je compris toute la perfidie de cette religieuse se servant de moi, condamné libéré, soi-disant fou de la pire espèce, pour déshonorer une fille honnête et modeste qui voulait aller se placer en ville et n'avait jamais échangé plus de vingt paroles de suite avec moi, et jamais en particulier. Passer silencieusement sur cette infamie eut été une lâcheté, je ne voulus pas commettre la seule de ma vie à ce propos, et j'écrivis contre les Sœurs, mais je le fis franchement, sans détour, avec une impitoyable fermeté mais sans exagération, je ne les idéalisai point, je fus d'un réalisme accablant mais nécessaire. J'eus même la loyauté de poser un ultimatum, celui de ma tolérance philosophique, à M. l'abbé, leur directeur, qui me traita de farceur.

Alors je fus enfermé à la surveillance continue, et mes papiers et mes livres me furent retirés. Enfin, on me fit enfermer dans une cellule obscure et froide le 20 janvier, puis dans une cellule semi-obscure et chauffée, d'où après deux semaines d'attente vaine, je me suis échappé dans la

nuit du 6 au 7 février pour me rendre à Paris où je suis arrivé le 8 février à la préfecture de police. Je fus présenté à un docteur qui me crut faible d'esprit, transféré à Mazas je m'en souvins dans ma cellule et j'écrivis une pièce de vers avec un tronçon de plume et de l'encre faite avec de la croûte de pain brûlé et quelques clous.

Transféré à l'asile de Sainte-Anne, j'y attends tranquillement l'arrêt de la science convaincu qu'il ne peut m'être défavorable.

M. Brunet dit que je veux m'apppeler Faur de la Rivière qu'il le prouve en montrant un seul écrit de ma main signé de ce nom. Ce docteur dit que j'ai des idées de persécutions. S'il en était ainsi je ne fusse pas venu à Paris me remettre, plein de confiance, entre les mains de la médecine mentale. Que j'ai du délire. — Où le prend-il ? Quelle forme revêt-il ? — Des hallucinations de l'œil et de l'ouïe. Je le nie, qu'il le prouve scientifiquement. Je ne me souviens que d'une seule aberration d'esprit : celle par laquelle je crus M. Brunet aliéniste intègre.

Asile Sainte-Anne le 10 mars 1882.

LARCÉ.

NOUVELLES

Académie de Médecine. Séance du 5 juin 1883.— A la demande de M. Luys, appuyée par M. Blanche et par un grand nombre de membres, l'Académie décide qu'une commission sera nommée pour examiner les questions relatives à la réforme de la législation sur les aliénés. — La discussion annoncée dans les précédentes séances sur ce sujet n'aura lieu qu'après la lecture du rapport présenté par cette commission.

Conformément à la proposition de M. le Président, la commission est composée de MM. Luys, Blanche, Brouardel, Mesnet et Baillarger.

Les fous dangereux. — La petite statistique suivante ne manque pas d'intérêt :

Six médecins aliénistes, en moins de dix-huit mois, ont été tués ou blessés par leurs malades.

D'abord le Dr Marchant, de Toulouse, tué d'un coup de pistolet; le Dr Gray, grièvement blessé de deux balles de revolver; le Dr Orange, assommé à coups de pierres; les Drs Bécoulet et Espiau

de Lamaestre, à demi-aveuglés; le Dr Van Gelharn, qui a succombé sous les morsures d'un aliéné furieux.

Ce qui prouve qu'il ne suffit pas toujours d'enfermer les fous pour les rendre inoffensifs. (*France médicale.*)

Commission sénatoriale des aliénés. — Cette commission s'est réunie sous la présidence de M. Dupré. Elle continue d'enregistrer les observations qui lui sont présentées sur la loi de 1838 et sur le projet du gouvernement destiné à la remplacer.

Elle a entendu M. le Dr Luys, médecin de la Salpêtrière.

Prix Hammond de l'Association américaine de néurologie. — L'association américaine de néurologie offre un prix de 500 dollars (2,500 francs) sous le nom de « Prix William A. Hammond » qui sera décerné lors de la réunion de juin 1884 à l'auteur du meilleur essai sur les *Fonctions du Thalamus chez l'Homme*.

Les conditions du concours sont les suivantes :

1° Le concours est ouvert aux compétiteurs de toutes les nationalités ;

2° Les essais seront basés sur des observations originales faites sur l'homme et sur les animaux inférieurs.

3° Ils devront être rédigés en français, anglais ou allemands, en ce dernier cas le manuscrit devra être écrit avec l'écriture italienne ;

4° Ces essais seront adressés francs de port au secrétaire du comité du prix, M. le Dr E.C. Séguin, 41, West, 20th. street New-York, au plus tard le 1er février 1884. Chaque essai, portant une devise distinctive, et accompagné d'une enveloppe cachetée portant la même devise et contenant la carte de visite de l'auteur ;

5° L'essai couronné deviendra la propriété de l'Association qui prendra le soin de le publier ;

6° Toute tentative pour faire connaître le nom de l'auteur d'un des essais soumis au concours, directe ou indirecte, soit au comité, soit à l'un de ses membres, aura pour résultat de faire exclure l'essai du concours précité ;

7° Le comité soussigné fera connaître à qui le prix est décerné et la déclaration publique sera faite par le Président de l'Association à la réunion de juin 1884 ;

8° Le montant du prix sera donné à l'auteur couronné, soit en monnaie d'or des États-Unis, soit, s'il le préfére, sous la forme d'une médaille d'or avec devise et inscription appropriées.

Signé : F.-T. MILES, M.-D., Ballemore.
J.-S. SERVELL, M.-D., Chicago.
E.-C. SÉGUIN, M.-D., New-York.

SAINT-QUENTIN. — IMPRIMERIE J. MOUREAU ET FILS.

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

NOTE SUR UN CAS DE

COMPRESSION DE LA PROTUBÉRANCE

PAR DILATATION ANÉVRYSMALE DU TRONC BASILAIRE.

par MM. Hallopeau,
professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Antoine
et C. Giraudeau,
Interne des hôpitaux
(Avec figure).

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Antoine chez un malade, atteint d'anévrysme du tronc basilaire, l'existence de plusieurs symptômes assez insolites. L'interprétation dont ils nous ont paru susceptibles, nous a décidés à publier ce fait qui soulève plusieurs points encore obscurs de la physiologie pathologique du mésocéphale et confirme certains résultats expérimentaux encore discutés. Voici en quelques mots l'histoire de notre malade dont nous rapportons plus loin l'observation détaillée.

Un homme d'une quarantaine d'années atteint depuis plusieurs mois d'une paralysie à marche progressive généralisée aux quatre membres, plus prononcée cependant du côté gauche, tombe un jour dans le coma. A partir de ce moment les troubles paralytiques alternent avec des mouvements convulsifs prédominant à gauche. L'orbiculaire des paupières du côté droit et la moitié correspondante du

muscle frontal, jusque là indemnes, sont agités de secousses convulsives très rapprochées les unes des autres. On constate en outre que les globes oculaires sont entraînés vers la droite par une succession d'oscillations, sorte de nystagmus horizontal qui amène par intermittences une déviation conjuguée des yeux.

Au bout de quarante-huit heures, des symptômes d'asphyxie progressive apparaissent et le matin du troisième jour nous trouvons le malade la tête renversée en arrière, avec la respiration bruyante mais régulière, la face cyanosée et couverte de sueur. *Dès qu'on met le malade sur son séant, la tête s'incline en avant et immédiatement la respiration s'arrête en expiration*, tandis que le pouls continue à battre régulièrement pendant quelques secondes, puis se ralentit insensiblement. *Si dans ces conditions on renverse la tête en arrière, immédiatement la respiration se rétablit* et reprend bientôt les caractères qu'elle offrait avant que le malade n'eût été déplacé. *Les mêmes phénomènes se reproduisent à volonté, dans l'ordre que nous venons d'indiquer, suivant que l'on incline en avant ou en arrière la tête du malade* : pendant plus de douze heures on put les observer; la mort survint au bout de ce temps par asphyxie progressive.

Le diagnostic qui avait été longtemps hésitant en raison de la diffusion des symptômes devint, dès l'apparition des troubles oculaires et respiratoires beaucoup plus certain. Il était évident qu'on avait affaire ici à une affection bulbaire ou protubérantielle de nature indéterminée et l'autopsie révéla en effet l'existence d'un anévrysme du tronc basilaire comprimant la moitié droite de la protubérance dans sa partie la plus élevée.

Pour le moment nous insisterons sur cette pertur-

bation du rythme respiratoire suivant la position donnée à la tête. L'interprétation de ce fait qui nous paraît la plus vraisemblable est la suivante : lorsque le malade inclinait la tête en arrière, le mésocéphale tendait à se porter dans la même direction et à s'éloigner par conséquent de la tumeur qui comprimait sa face antérieure : dès lors ses fonctions pouvaient s'accomplir relativement bien et la respiration était régulière, c'est ce qui nous explique pourquoi le malade, pendant la plus grande partie de son séjour à l'hôpital, maintenait la tête immobile, renversée en arrière, à tel point que l'on s'était demandé à diverses reprises, s'il ne s'agissait pas d'une affection des vertèbres cervicales. Lorsqu'au contraire la tête était inclinée en avant, la protubérance se portait pour ainsi dire à la rencontre de l'apophyse basilaire et venait appuyer de tout son poids, se comprimer elle-même sur la tumeur formée par le tronc basilaire dilaté : dans cette situation, le mésocéphale atteignait son maximum de compression et la respiration se suspendait brusquement. Nous ne savons si cette influence de la position de la tête sur le fonctionnement de l'appareil respiratoire a déjà été signalée dans des cas analogues, tout ce que nous pouvons dire, c'est que nous ne l'avons vu mentionnée nulle part; aussi avons-nous cru devoir y insister, persuadés que si de nouvelles observations venaient confirmer la nôtre, ce signe pourrait avoir quelque valeur au point de vue du diagnostic.

Nous avons vu, que chaque fois que l'on provoquait chez notre malade l'arrêt de la respiration, celui-ci se faisait invariablement en *expiration* quel que fut du reste le temps du rythme respiratoire. Ainsi lorsque l'on fléchissait la tête sur la poitrine au début d'une inspiration, immédiatement il se produisait une expi-

ration, non pas lente, passive, mais au contraire brusque, profonde, active en quelque sorte; comme si tous les muscles expirateurs se contractaient simultanément. Il se passait donc là, en définitive, ce que l'on constate chez les animaux *préalablement anesthésiés*, lorsqu'on excite le bout central du pneumogastrique, ainsi que les recherches de M. Fr. Frank (1) l'ont démontré.

Il est vraisemblable que dans notre cas l'arrêt de la respiration peut être attribué à la même cause, car la compression, à laquelle se trouvait soumis alors le mésocéphale, retentissait jusqu'aux noyaux du pneumogastrique et amenait par action réflexe la contraction des muscles expirateurs : ce serait donc là une confirmation des résultats expérimentaux obtenus par MM. P. Bert et Fr. Frank.

X..., tapissier, âgé de 40 ans, entre le 3 mars 1883, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Axenfeld, lit n° 6 dans le service de M. Hallopeau.

Cet homme n'aurait fait aucune maladie antérieure, il n'est pas alcoolique et n'aurait jamais eu la syphilis, cependant il présente à la cuisse gauche et sur la fesse droite trois cicatrices blanchâtres de nature suspecte.

Il y a environ quatre mois, il éprouva pour la première fois des douleurs en ceinture et de l'engourdissement dans les membres inférieurs ; on lui prescrivit alors des bains de vapeur. A la suite de l'un de ceux-ci, (janvier 1883), il fut pris de paraplégie incomplète et entra à la maison Dubois ou il fut soumis à un traitement antisyphilitique pendant environ quinze jours. Aucune amélioration ne s'étant produite dans l'état de ses membres inférieurs et ses extrémités supérieures commençant à perdre de leurs forces, il quitta la maison de santé.

Un mois après, il fut admis à l'hôpital Saint-Antoine dans l'état suivant :

Ses membres inférieurs présentaient un affaiblissement très prononcé, cependant au lit, il pouvait exécuter assez facilement tous les mouvements, mais dès qu'il posait le pied à terre, il chancelait et ne pouvait marcher sans le secours d'un bras. A chaque pas il trébuchait, ses jambes fléchissaient sous lui, surtout la droite, qu'il traînait pour ainsi dire après lui ; il n'existait aucun degré d'incoor-

(1) Travaux du laboratoire de Murey. T. IV. 1878-79.

dination motrice, toutefois les réflexes patellaires étaient abolis. La sensibilité tactile était diminuée par plaques au niveau de la face plantaire et sur le dos du pied droit, les autres modes de sensibilité étaient conservés : à gauche on ne constatait aucun trouble de sensibilité.

Les membres supérieurs sont également affaiblis, celui de droite l'est davantage que celui de gauche, l'exploration dynamométrique donne à droite 35 kg· et à gauche 42 kg. Lorsqu'on lui fait porter un verre à la bouche, il hésite et se trompe parfois, il en est de même, lorsqu'il cherche à atteindre avec l'index le lobule du nez. La sensibilité est intacte des deux côtés.

Les muscles de la face se contractent également bien ; lorsqu'il parle, il traîne sur les mots, enfin, sa langue est difficilement projetée hors de la bouche.

Les organes des sens ne présentent rien de particulier. Depuis le début de sa maladie il accuse une impuissance absolue et depuis environ deux mois, il perd ses urines, cependant sa vessie est vide, revenue sur elle-même.

Il s'essouffle facilement en parlant et est obligé de s'arrêter pour reprendre haleine, l'examen de la poitrine ne fait rien découvrir d'anormal, il en est de même du fonctionnement du cœur.

L'état général est bon, l'embonpoint notable, l'appétit conservé.

Traitement : frictions mercurielles et iodure de potassium.

Du 3 mars au 10 avril, l'état du malade alla peu à peu en s'aggravant, l'affaiblissement des membres inférieurs devint tel, que le premier avril, il pouvait à peine mouvoir ses jambes, même au lit ; les membres supérieurs pouvaient encore à cette époque effectuer quelques mouvements, la sensibilité était émoussée sous toutes ses formes, la parole indistincte, l'incontinence d'urine et des matières fécales presque complète.

Le 10 avril, le côté gauche est inerte, les membres de ce côté soulevés retombent lourdement, ceux du côté droit sont dans le même état que la veille. Les muscles de la face ne présentent rien de particulier ; la langue seule est un peu déviée vers la gauche. La sensibilité, même à gauche est conservée en partie. Les réflexes sont abolis à gauche. Le malade n'a pas eu de perte de connaissance, il a bien dormi.

Pour la première fois, on remarque, qu'il tient la tête un peu renversée en arrière et lorsqu'il avale, il fait une légère grimace : cependant l'examen de la gorge ne fait pas découvrir la cause de cette dysphagie.

Le 17, le malade est pris de mouvements convulsifs dans la jambe droite, ceux-ci consistent en des alternatives d'extension et de flexion, et se produisent d'une façon presque continuelle ; le côté gauche est toujours paralysé. Anthrax à la fesse droite.

Le 20, les mouvements convulsifs ont persisté pendant deux jours presque sans interruption, aujourd'hui ils ont disparu, mais le côté droit est beaucoup plus affaibli que les jours précédents.

En revanche, le côté gauche, qui était le plus paralysé, peut exécuter de nouveau quelques mouvements. Le malade tient toujours la tête renversée en arrière, il évite de l'incliner en avant, sans cependant présenter de contracture des muscles du cou.

Le 25, même état. Il accuse une douleur vive au niveau de la nuque.

Le 30, a poussé des cris inarticulés une partie de la nuit, ne peut plus remuer les membres inférieurs, seuls les membres supérieurs, surtout le gauche, peuvent exécuter quelques mouvements.

Le 5 mai, le malade ne parle plus et refuse de manger : ses pupilles se contractent mal, la vision est cependant conservée.

Le 7, la jambe gauche est fléchie sur la cuisse, elle revient à cette position, lorsque après l'avoir étendue non sans quelque effort, on l'abandonne à elle-même ; le bras gauche exécute quelques mouvements automatiques. La contractilité faradique musculaire est affaiblie dans tout le côté gauche. La sensibilité est conservée en partie des deux côtés. L'amaigrissement est notable.

Le 10, le malade est sans connaissance, la tête toujours rejetée en arrière, les yeux sont agités de mouvements convulsifs, sorte de nystagmus horizontal consistant en une série d'oscillations atteignant les deux globes oculaires et les portant toujours vers la droite, de telle sorte que l'œil droit se dirige vers l'angle externe de l'orbite, tandis que l'œil gauche se rapproche de plus en plus de la racine du nez. Lorsque cette déviation conjuguée a atteint son maximum, les globes oculaires reviennent lentement, sans secousses à leur situation normale et recommencent aussitôt après à se porter de nouveau vers la droite par une série d'oscillations.

De temps à autre, en outre, on constate que l'œil *droit* se ferme par une série de secousses convulsives, ayant pour siège l'orbiculaire du côté correspondant ; en même temps, les muscles de la partie supérieure de la face en particulier la partie *droite* du frontal sont animés de mouvements convulsifs. Les muscles du côté gauche de la face ne présentent rien de semblable. Il n'existe aucune déviation de la tête autre que cette tendance, dont nous avons déjà parlé à la renverser en arrière.

Le 11, la déviation conjuguée des yeux persiste, ainsi que les convulsions dans l'orbiculaire droit.

Le 12, le coma est complet. Le malade a la tête renversée en arrière, la respiration est fréquente, bruyante, régulière. Lorsqu'on le met sur son séant, la tête tombe en avant et immédiatement, quel que soit le temps de la respiration, inspiration ou expiration, il se produit une expiration brusque, prolongée, spasmodique, à la suite de laquelle tout mouvement respiratoire s'arrête. Pendant ce temps, le pouls devient de plus en plus fréquent il monte à 120 pulsations, puis il perd de sa force et finit par devenir irrégulier.

Dès qu'on recouche le malade ou dès qu'on lui renverse la tête en arrière, le rhythme respiratoire se rétablit par trois ou qua-

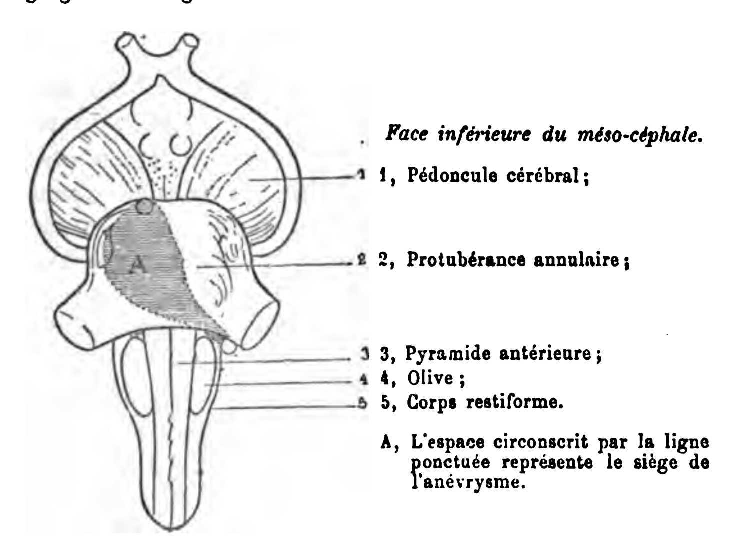
tre inspirations profondes, celles-ci sont suivies d'une expiration prolongée, ensuite les mouvements respiratoires se régularisent; en même temps, le pouls devient moins rapide et plus fort. Cette suspension intermittente de la respiration fut recherchée par nous à diverses reprises et les résultats furent toujours les mêmes. La déviation conjuguée des yeux, qui existait déjà les jours précédents par intervalle était devenue presque continuelle, il en était de même des mouvements convulsifs de l'orbiculaire droit.

A une heure de l'après-midi, l'état est à peu près le même; l'arrêt de la respiration toujours est complet, chaque fois que l'on incline la tête en avant.

A cinq heures du soir, la respiration est très embarrassée, de gros râles apparaissent, le malade se cyanose et se refroidit. Les mêmes phénomènes se produisent, dès qu'on le place sur son séant.

La nuit se passe dans le même état : enfin il succombe à cinq heures du matin, aux progrès de l'asphyxie.

Autopsie. A l'ouverture du crâne il s'écoule une notable quantité de liquide céphalo-rachidien, les veines de la pie-mère sont gorgées de sang.



Face inférieure du méso-céphale.

1, Pédoncule cérébral;

2, Protubérance annulaire;

3, Pyramide antérieure;

4, Olive;

5, Corps restiforme.

A, L'espace circonscrit par la ligne ponctuée représente le siège de l'anévrysme.

Le *tronc basilaire* est dévié de sa direction, son extrémité inférieure correspond à la partie gauche de la protubérance, son extrémité supérieure, au bord droit de cet organe. Au niveau de la moitié supérieure on constate la présence d'une dilatation anévrysmatique de la grosseur d'une noisette, remplie de sang en partie coagulé. Les parois de cette poche sont formées par les

tuniques artérielles, rigides, incrustées de plaques calcaires et doublées par places de caillots feutrés. Les artères qui naissent du tronc basilaire, ainsi que celles qui le forment sont athéromateuses.

A la surface de la protubérance, il existe une gouttière qui marque le trajet du tronc basilaire et qui est surtout accusée au niveau de la moitié droite dans les points qui étaieut en rapport avec le sac anévrysmal. Sur les coupes, la protubérance ne présente à l'œil nu rien d'anormal.

Les nerfs bulbaires, en particulier ceux des 6e et 7e paires sont sains et n'étaient pas en rapport avec l'anévrysme.

Les autres parties de l'encéphale sont saines, la moelle ne porte pas trace de dégénérescence secondaire.

Les poumons et le cœur sont gorgés de sang noir.

Au microscope, on ne constate aucune altération ni de la moelle ni de la région bulbo-protubérantielle, les noyaux des nerfs bulbaires sont nettement dessinés, les cellules qui les constituent, ont leurs dimensions normales : au niveau de l'étage inférieur de la protubérance, dans les points qui étaient en contact avec l'anévrysme, la névroglie est peut-être plus abondante que dans les autres points de l'organe.

Les autres points que nous désirons relever sont les troubles paralytiques étendus aux quatre membres qui marquèrent le début de l'affection et les phénomènes oculaires apparus dans les derniers jours.

Il semble à priori que les paralysies des membres doivent être fréquentes à la suite des compressions du mésocéphale : celui-ci jouant en partie le rôle d'un organe de transmission, il doit se passer à son niveau ce qui a lieu pour la moelle lorsque les cordons blancs qui constituent l'écorce de cette dernière, sont comprimés en un point quelconque. Or, lorsqu'on parcourt les observations analogues à celle que nous publions, on est étonné de voir combien ces paralysies sont notées rarement : autant elles sont fréquentes dans les cas de tumeur intéressant directement le bulbe, dans les hémorragies, dans les ramollissements bulbaires ou protubérantiels, autant elles sont peu signalées dans les observations de compression proprement dite du bulbe ou de la pro-

tubérance. L'un de nous, dans un autre travail (1), n'a pu réunir que sept cas de compression du bulbe accompagnés de paralysies des membres et les recherches auxquelles nous nous sommes livrés avant la rédaction du mémoire que nous publions aujourd'hui, nous ont convaincus que la même remarque pouvait être faite à propos de la protubérance. Il y a cependant une distinction à établir entre les *paralysies bulbaires proprement dites* et les *paralysies des nerfs bulbaires :* celles-ci sont incomparablement plus fréquentes que les premières et sont souvent d'un secours précieux pour le diagnostic. Les nerfs, le plus ordinairement affectés dans ces circonstances, sont le facial, le moteur oculaire externe, le trijumeau et sur un plan secondaire l'hypoglosse ; à l'exception d'un seul tous sont, on le voit, des nerfs moteurs, soit que leur situation anatomique les expose davantage aux compressions, soit que les faisceaux musculaires auxquels ils se rendent, aient besoin pour se contracter d'une excitation plus forte que celle nécessaire pour mettre en jeu l'activité du sensorium.

Pendant les jours qui ont précédé la mort, le malade était atteint, nous l'avons vu, d'un nystagmus horizontal portant les deux globes oculaires vers la droite par une série de petites oscillations ; après quoi les deux yeux revenaient assez rapidement à leur position normale pour recommencer au bout de quelques instants leur mouvement de déplacement vers la droite, de telle sorte qu'il en résultait en définitive une déviation conjuguée des yeux intermittente. Ce syndrôme qui n'est pas absolument rare dans les cas de lésion unilatérale du mésocéphale a été diversement interprété ; la théorie qui nous semble la mieux établie est celle mise en avant par

(1) Hallopeau, les paralysies bulbaires, th. d'agrégation, 1878.

Foville (1) et soutenue par M. Féréol (2) et par l'un de nous (3). D'après elle, la portion intra-bulbaire du nerf de la sixième paire enverrait à celle du nerf de la troisième un filet destiné au muscle droit interne du côté opposé, de telle sorte que dans certains mouvements des globes oculaires le droit externe droit par exemple et le droit interne gauche, se contracteraient sous l'influence d'un seul nerf, le moteur oculaire externe droit et réciproquement. La destruction du noyau de ce nerf amènerait donc une déviation conjuguée des yeux du côté sain, son excitation au contraire une déviation du côté malade. Cette hypothèse a été confirmée par les recherches de MM. Mathias Duval et Graux (4) qui ont découvert chez certains animaux l'existence d'une bandelette suivant le trajet précédemment indiqué.

Les mouvements convulsifs qui existaient, chez notre malade, dans l'orbiculaire des paupières du côté droit et dans la moitié correspondante du muscle frontal en même temps que la déviation conjuguée des yeux à droite, sont une nouvelle preuve à l'appui de cette théorie, car les muscles de la face ainsi agités de secousses convulsives sont innervés on le sait par le facial supérieur, c'est-à-dire par le nerf qui a une origine commune avec le motenr oculaire externe. Ajoutons enfin, que dans toutes les observations réunies par Graux dans sa thèse, il s'agit de déviations conjuguées paralytiques, tandis que dans le cas que nous venons de publier, il s'agit d'une déviation active, d'une déviation par irritation du noyau d'origine : ce fait comble donc une lacune dans l'exposé de la théorie que cet auteur a défendue avec talent et clarté.

(1) Foville, Société anatomique, 1858.
(2) Féréol, Société médicale des Hôpitaux, 1873.
(3) Hallopeau, Archives de physiologie, 1876.
(4) Thèse de Graux, 1878.

DE LA MORPHINOMANIE

DANS SES RAPPORTS AVEC LA MÉDECINE LÉGALE

AFFAIRE DES ÉPOUX FIQUET

Accusés de l'enlèvement et de l'assassinat d'Henriette Barbey, mineure de cinq ans.

par le Dr E. Marandon de Montyel
Directeur médecin en Chef de l'Asile public des aliénés de Dijon.

Tandis qu'à Londres, paraissait le mémoire d'Obersteiner (1880) ; à New-York, celui de Kane (1882) ; il n'a été publié, que je sache, en France, aucun travail d'ensemble sur la morphinomanie dans ses rapports avec la médecine légale. Seules quatre observations, très intéressantes et très instructives d'ailleurs, ont vu le jour chez nous : une présentée le 28 mars 1879 à la Société médicale du Nord par M. Hallez, trois à la Société de médecine légale : en 1881, par M. Lunier et M. Brouardel (1) en 1883 par M. Motet (2). Aussi je crois intéressant de faire connaître la criminelle et ténébreuse affaire des époux Fiquet, dans laquelle la morphinomanie a été invoquée comme excuse par la principale accusée.

Je raconterai l'enlèvement et l'assassinat commis à Dijon sur la personne d'Henriette Barbey, mineure de cinq ans, dont le cadavre a été retrouvé dans le canal de Bourgogne le lendemain de sa disparition ; j'analyserai les dépositions et les allégations de Marie Rémond, épouse Fiquet ; je rechercherai si la morphinomanie explique le mystère dont est resté enveloppé ce double crime, en dépit des investigations de la justice ; je discuterai enfin, chemin faisant, les

(1) *Société de médecine légale*, séance de 1880, reproduit dans les *Annales d'hygiène publique et de méd. légale*, t. VI, n. 3.

(2) Motet, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e série, tome X, p. 22.

diverses questions médico-légales que soulève l'ivrognerie morphinique.

I

Il n'existe pas d'antécédents héréditaires dans la famille de Marie Rémond. De nombreux renseignements ont été recueillis sur ses parents ; ils ne mentionnent ni troubles intellectuels ni troubles nerveux. Si la folie s'est montrée chez cette femme, elle a donc été acquise. Depuis deux ans, Mme Fiquet avait l'habitude de s'injecter du chlorhydrate de morphine, c'est elle-même qui a fixé ce laps de temps. Il importe, dès lors, de rechercher ce qu'elle a été avant cette morphinomanie, ce qu'elle a été après.

Se prostituant déjà à quinze ans, cette femme a laissé partout où elle a passé une réputation déplorable. Elle était chassée pour inconduite de la plupart des maisons où elle se plaçait comme domestique. Mariée au frère d'un de ses anciens amants qui n'ignorait rien de ses coupables amours, elle continua de se mal conduire après son mariage. Elle n'était pas seulement légère de mœurs, elle a été condamnée pour vol. Catholique unie à un protestant, elle s'est souvent servie avec ruse, intelligence et succès de cette différence de religions pour exploiter les ministres des deux cultes et obtenir d'eux secours et appui. Mais sa grande ressource était les hôpitaux. A Besançon, à Épinal, à Gray, elle court d'hospice en hospice, simulant par paresse et par intérêt des maladies diverses, de préférence des affections nerveuses. Intelligente et rusée, elle observait avec soin, singeait avec art, et accusait toujours des troubles propres à éveiller la curiosité scientifique tout en nécessitant un bon régime. Pendant longtemps elle fut, à l'hospice de Gray en particulier, entourée de

tous les soins du corps médical ; elle offrait des symptômes nerveux extraordinaires qui intriguaient tout le monde ; il fallait force patience et perspicacité pour percer à jour ses fourberies. Chassée des hôpitaux, elle fréquentait les consultations gratuites, se servait des ordonnances médicales pour prouver sa maladie aux personnes charitables, et obtenir d'elles de l'argent. Il est prouvé qu'elle revendait à bas prix les médicaments qu'on lui délivrait gratuitement.

Ce n'est pas sous l'influence d'un trouble mental, d'un état hypochondriaque que la femme Fiquet se présentait ainsi dans les hôpitaux et aux consultations, c'est un terrain qu'elle exploitait par paresse et intérêt. Admise dans les hospices, elle y trouvait ses aises et parvenait même à se faire envoyer plusieurs années de suite aux eaux de Plombières. D'ailleurs son état mental à cette époque a été constaté par six médecins entendus dans l'instruction : quatre de Besançon, deux d'Épinal. Leur avis est unanime; pour tous les six, Mme Fiquet était alors une femme habile et menteuse, peu scrupuleuse et souverainement paresseuse, mais aussi très intelligente, jouissant de toutes ses facultés. Ainsi pas de doute possible sur l'état mental de l'inculpée, avant l'ivrognerie morphinique.

Cette santé psychique s'est-elle altérée sous l'influence de la morphinomanie ? Mme Fiquet fait remonter à deux ans sa passion pour la morphine. Depuis 1877, elle aurait du goût pour les narcotiques, mais c'est seulement en 1880, à la suite d'injections faites par le professeur Brulet contre des douleurs rachidiennes, qu'elle en aurait contracté l'habitude. Elle était arrivée à s'injecter un gramme par jour, dit-elle ; la suite prouvera que cette assertion est mensongère, mais considérée en elle-même,

cette dose quelque exagérée qu'elle paraisse, a été dépassée par d'autres. Sans parler du fameux de Quencey qui, à l'en croire, absorbait chaque jour dans les derniers temps de sa vieillesse, cinq grammes de morphine, poison qu'il avait surnommé le *bonheur en bouteille*, nous voyons dans la sixième observation de la thèse de M. Calvet, le malade qui en est l'objet s'injecter par vingt-quatre heures deux grammes et demi de ce médicament. C'était il est vrai un névropathe, et on objectera peut-être l'opinion de Trousseau, affirmant que les effets de l'opium sont singulièrement atténués par les affections nerveuses, mais Leveinstein a signalé des cas nombreux où la dose journalière avait été portée jusqu'à un gramme cinquante et qui échappent à toute objection de cette nature. D'ailleurs, je crois sans importance médico-légale aucune la question des doses. En présence d'un accusé morphinomane, la mission de l'aliéniste est de rechercher si le poison a altéré son intellect au point de lui enlever la saine appréciation de ses actes, or cette recherche n'est nullement liée à la connaissance des quantités prises, car rien n'est absolu à ce point de vue. L'effet des toxiques, qu'il s'agisse de la morphine, de l'alcool ou du haschich, varie moins avec les doses qu'avec les individus, c'est seulement d'après leurs actes et leurs paroles qu'on apprécie l'état mental des toxicophages. En morphinomanie, dit avec raison Leveinstein, l'effet plus ou moins rapide, dépend de l'individualité et non point des doses plus ou moins massives de la morphine injectée. L'oubli de ce principe si vrai aurait en médecine légale les plus graves conséquences dans les cas d'ivrognerie morphinique. Il pousserait le parquet à une enquête sans issue, car les pharmaciens qui ont enfreint les règlements ont trop d'intérêt à se dire calomniés. La chose s'est

bien vue d'ailleurs pour le cas qui nous occupe. Tous ceux mis en cause par la femme Fiquet ont nié avec énergie; seul un a eu le courage d'avouer que dans les deux ans il avait délivré une trentaine de grammes de morphine.

Ce premier point médico-légal ainsi résolu, je dirai en second lieu que le fait de s'adonner à la morphine n'est point par lui-même un signe de folie. La morphinomanie, à mon avis, ne préjuge en rien l'état mental d'un accusé.

Cette opinion ne fut pas celle des premiers observateurs allemands qui appelèrent sur cette funeste passion l'attention du monde scientifique. Pour Laehr et Fudler la morphinomanie en elle-même était une psychose. Une telle opinion ne résiste ni à l'observation ni à la discussion. La morphinomanie n'est pas une psychose, car elle naît seulement de l'habitude ou de l'imitation raisonnée. De l'habitude d'abord, et ce fut là dans le principe son seul mode de genèse; les propriétés euphoristiques de ce puissant narcotique étaient ignorées de tous; elles furent découvertes par les malades qui y recouraient dans le but de calmer leur sensibilité endolorie ou de recouvrer le sommeil perdu. Ils y trouvèrent du plaisir, du bonheur même pour quelques-uns et dès lors continuèrent par passion ce qu'ils avaient commencé par nécessité. De l'imitation raisonnée ensuite et c'est là la voie de propagation la plus dangereuse : entendant les morphinomanes vanter les voluptés ineffables de leur inséparable, attirés par la curiosité, alléchés surtout par la perspective de jouissances inconnues, d'autres les suivirent, voyageurs imprudents qui se laissèrent séduire par la voix et les charmes trompeurs de la sirène sans que leurs yeux sussent percer l'onde perfide pour apercevoir au fond des eaux la queue bifurquée du monstre. Or ce n'est

pas ainsi que se développent les vésanies ; elles sont le produit d'une prédisposition héréditaire ou acquise, elles ne sont filles ni de l'accoutumance ni du désir. La morphinomanie n'est pas une psychose, car elle a sa raison d'être dans un besoin physiologique de l'organisme. Toute nature humaine a soif d'excitation cérébrale, de volupté psychique tout autant peut être que de volupté sensuelle. Ce grand principe, bie mis en lumière par Morel, est la source de mille empoisonnements chroniques. Le morphinomane demande à la morphine ce que l'ivrogne demande à l'alcool, le fumeur au tabac, les thériaquis à l'opium. Tous ils cherchent dans une exaltation factice, pleine de charmes, le bonheur si possible, au moins l'oubli de leurs chagrins. La morphinomanie n'est pas une psychose, car elle a sa raison d'être dans les étranges propriétés euphoristiques de la morphine. Au début, comme le tabac, ainsi que le remarque M. Folet, elle occasionne des troubles pénibles. Tout comme le premier cigare, la première injection détermine des nausées, des vomissements et un état lypothimique des moins agréables, mais, par la répétition, des effets tout autres se manifestent « La morphine produit alors, écrit M. Folet, une singulière sensation de bien être, une volupté spéciale, comparable à la période agréable de l'excitation alcoolique, mais beaucoup plus marquée, et véritablement délicieuse à en croire les adeptes. Le malade se sent comme pénétré d'une chaleur douce, il lui semble que son énergie musculaire et son activité intellectuelle sont décuplées ; la gaieté succède à l'inquiétude et à la tristesse. » La morphinomanie enfin n'est pas une psychose, car elle est surtout la passion des intelligences d'élite, et loin de s'accompagner toujours de désordres intellectuels, elle marche souvent de concert avec les plus hautes qualités de l'esprit. Leveinstein, dont

l'expérience est grande en pareille matière, n'a-t-il pas dit : « La passion morphinique ne peut se ranger que dans la catégorie des autres passions humaines, telle que la passion du tabac, du jeu, du gain, des femmes. Pour pouvoir considérer cette passion comme un trouble de l'âme, il faudrait surtout et avant tout fournir la preuve que les sujets qui en sont atteints sont des êtres frappés dans leur sphère intellectuelle et morale. Cependant il n'en est pas ainsi, quant à moi je connais toute une série de personnes qui sont morphinomanes à un haut degré, et qui non seulement se trouvent en pleine possession de leur vigueur intellectuelle, mais qui brillaient ou qui brillent encore comme des astres resplendissants sur l'horizon scientifique. » Ces quatre ordres de preuves n'établissent-ils pas victorieusement que la morphinomanie n'est pas elle-même une preuve de folie?

Examinons donc ce qu'était la femme Fiquet dans ses actes et dans ses discours durant les deux ans d'ivrognerie morphinique puisque cette passion ne préjuge en rien l'état mental. L'accusée a continué la même existence que par le passé, escroquant par les mêmes moyens, courant toujours les hôpitaux. Sa nouvelle passion l'obligeait même à consulter les médecins plus souvent qu'autrefois, car outre les mobiles qui jadis la poussaient, s'ajoutait un besoin d'autant plus impérieux que l'habitude s'enracinait davantage. Quelques médecins ont voulu voir dans cette tyrannie morphinique, enchaînant la liberté du patient, un argument en faveur de la maladie. Mais n'est-ce pas là le propre de toute passion et l'amour ou la jalousie ont-ils de nos jours une place parmi les vésanies? La morphinomanie de la femme Fiquet ne lui enlevait d'ailleurs ni sa ruse ni son talent d'intrigues et n'adoucissait pas ses mœurs. Après comme avant, c'est la même irrévérence vis-à-vis des divers

cultes utilisés selon les circonstances et les besoins du moment, c'est la même immoralité qui cherche même à puiser de nouveaux moyens dans l'étude des accouchements. Élève sage-femme de première année, elle proposait déjà des avortements et pratiquait sur une fille-mère des attouchements plus que suspects. Pas une voix ne s'est levée dans son quartier et son entourage pour émettre un doute sur sa santé d'esprit, par contre, tous ont été d'accord et unanimes à la déclarer une femme capable de tout, en pleine connaissance de cause. Sans doute l'opinion publique est le plus souvent sujette à erreur dans l'appréciation négative de la folie, car certains troubles mentaux exigent pour être aperçus et appréciés une grande habitude des aliénés, mais il n'en ressort pas moins que M[me] Fiquet n'a jamais présenté ces états intellectuels tranchés, comme ceux invoqués par elle ainsi que nous le verrons plus loin, états intellectuels bien faits pourtant pour attirer l'attention et éveiller les soupçons du public. Il en ressort aussi que, si la femme Fiquet n'était pas considérée comme aliénée, elle jouissait d'une réputation morale telle que le double crime dont elle est accusée n'a surpris personne.

Marie Rémond, pour bien des raisons, fréquentait beaucoup les médecins, avons-nous dit. Il en résulte que l'instruction a pu recueillir à Dijon des témoignages médicaux tout aussi précieux que ceux recueillis à Gray, Besançon et Épinal. Si nous interrogeons ces témoignages, qui portent tous sur l'état mental pendant la période morphinomaniaque, nous voyons que sur onze médecins, trois seulement font quelques réserves. Un aurait remarqué quelque chose d'anormal dans le caractère de l'accusée, un autre de l'étrangeté dans ses manières. Mais l'anomalie du caractère et l'étrangeté des manières ne constituent

pas la folie. Si la vie tout entière de la prévenue établit, en effet, qu'elle avait des manières étranges et un caractère anormal, elle prouve aussi que cet état ne tenait nullement à la maladie, mais à des passions mauvaises laissées libres de se développer en toute liberté. Seul, un étudiant en médecine, aujourd'hui à Paris, autrefois interne des hôpitaux de Dijon, où cette femme pour les mêmes motifs qu'ailleurs faisait d'assez fréquents séjours, a déclaré qu'à son avis, elle ne jouissait pas complètement de ses facultés. C'est le même qui l'a dit hystérique parce qu'elle était malade imaginaire, avec des idées romanesques, des prétentions d'être méconnue, incomprise et de ne pas occuper dans le monde la place qui lui était due. Si les preuves du dérangement intellectuel, preuves malheureusement passées sous silence, n'avaient pas plus de valeur que celles formulées en faveur de l'hystérie, il n'y aurait vraiment pas lieu de s'arrêter à cette assertion isolée, qui, restée sans preuve, est par là même sans force contre le faisceau de témoignages médicaux établissant la santé d'esprit.

De tout ce qui précède, des faits exposés comme des discussions médico-légales qui les ont accompagnés, je me crois autorisé à conclure que rien dans les antécédents de l'accusée n'établit qu'elle ait été aliénée avant le jour du crime.

II

L'a-t-elle été après, pendant le temps de l'observation directe? J'ai vu la femme Fiquet pour la première fois le 17 août et elle est restée dans mon service jusqu'au 15 octobre; Henriette Barbey a été enlevée le 29 juin, puis assassinée dans la nuit du 29 au 30; l'accusée a été arrêtée dans la journée

même du 30. Quand j'ai commencé à l'observer, elle était donc sevrée de morphine depuis quarante-sept jours. Évidemment un tel examen direct avait lieu dans des conditions bien défavorables et ne pouvait rien m'apprendre sur les véritables dispositions psychiques de cette femme au moment du double crime. Quoiqu'il en soit je vais faire connaître les particularités présentées par l'inculpée à l'asile et je m'efforcerai plus loin, par l'étude comparée de ses dépositions de rétablir l'état mental durant les jours qui suivirent immédiatement la catastrophe du 29 juin.

A l'asile, j'ai porté mon attention tant sur l'état physique que sur l'état moral ; au physique, l'accusée âgée de 31 ans, brune, de petite taille, à crâne bien conformé, le visage taché, les deux bras couverts de piqûres, les yeux vifs et intelligents, a présenté surtout des troubles gastro-intestinaux qui se rattachaient à ses habitudes morphinomaniques. Elle mangeait peu, digérait mal, vomissait souvent ses aliments et avait presque continuellement des selles diarrhéïques. Elle se plaignait toujours de la soif et de maux de tête. Jusqu'au commencement d'octobre, elle était couverte de sueurs fétides, malgré des bains presque quotidiens. Le sommeil était irrégulier, mais sans insomnie persistante ; une surveillance continue a permis d'établir qu'entre les nuits très mauvaises s'en intercalaient d'autres assez bonnes. La plupart de ces troubles, l'insomnie en particulier, ont pu être exagérés par la femme Fiquet, mais ils ont pu être réels aussi.

A part ces désordres physiques susceptibles de se rattacher à la brusque suppression du poison, la femme Fiquet a accusé d'autres troubles nerveux à mon avis, simulés. Elle prétendait être sujette à des crises de nerfs qu'elle ne savait pas trop bien décrire. Le 31 août au bain, elle eut dans sa baignoire,

une crise nerveuse qui malheureusement n'a été constatée par aucun membre du service médical. Interrogée à ce sujet, Mme Fiquet a raconté que la crise avait débuté par une céphalalgie violente, avec bruit de cloches dans les oreilles, puis que tout à coup elle avait éprouvé des contractions dans les membres, sans perte de connaissance. Elle n'a su rien signaler relativement aux sensations viscérales qui d'ordinaire précèdent ou accompagnent les vrais attaques hystériques. La sœur chargée du service des bains me dit n'avoir pas voulu me déranger tant la femme Fiquet paraissait surtout préoccupée de savoir si on l'examinait, se reposant quand on s'éloignait et agitant avec force ses membres quand on la regardait. Je blâmai cette abstention et je recommandai devant elle de m'appeler de suite si pareille crise se reproduisait. L'accusée n'en a plus eu.

Dans les premiers jours de septembre, j'annonçai à Mme Fiquet pour le surlendemain une entrevue avec le Dr Maillard et le Dr Deroye, chargés d'apprécier avec moi son état mental. Ce jour-là à la visite du matin, je trouvais au lit la prévenue se plaignant de violentes douleurs dans la région de l'ovaire droit, d'élancements au membre inférieur correspondant qui paraissait, en effet, un peu gonflé et d'une chaleur incommode à la joue droite qui était rouge ainsi que l'œil. L'examen de la sensibilité cutanée semblait indiquer une hémianesthésie, toujours à droite. Très intrigué par cet ensemble de symptômes, je comprimai l'ovaire droit, Mme Fiquet aussitôt simula une crise d'hystérie. Elle se renversa en arrière, se roula à droite, à gauche, agita les bras et les jambes et se calma dès que je cessai la compression. Sur ma demande elle dit avec hésitation, avoir éprouvé une sensation douloureuse qui, partant de l'ovaire était descendue vers la vulve. Cette réponse

rapprochée des convulsions douteuses qui avaient accompagné la compression de l'ovaire et de la brusque cessation de la crise qui l'avait suivie, jugeait pour moi la question. La prévenue qui, comme je l'ai rapporté, dans tous les hôpitaux, à Besançon, à Épinal, à Dijon, toujours à l'affût de ce qui pouvait l'aider dans ses ruses, simulait par paresse et intérêt des affections nerveuses, à une époque où les belles recherches de M. Charcot sur l'hystérie appelaient l'attention sur les rapports qui lient la douleur ovarienne, l'hémanesthésie et les troubles vaso-moteurs du même côté, avait sans nul doute acquis là des connaissances superficielles, suffisantes pour simuler quelques-uns des symptômes de l'hystérie qu'on avait autrefois recherchés sur elle, mais pas assez approfondies pour résister à un examen détaillé. La crise d'hystérie déterminée par la compression de l'ovaire, a été de toute évidence simulée comme le prouvent ses convulsions bizarres, sa brusque cessation et l'aveu de cette douleur ovarique se dirigeant vers la vulve. La rougeur de la joue droite et de l'œil correspondant, a pu être déterminée par une friction vive, de même le léger gonflement du membre inférieur par une constriction. La certitude absolue de la simulation de la crise hystérique autorise à apprécier comme je le fais les autres symptômes présentés ce matin-là. D'ailleurs, à l'appui de cette opinion, je m'empresserai d'ajouter que quand nous nous réunîmes une heure après, mes deux confrères et moi, la femme Fiquet ne présentait plus que très atténués, à peine visibles, les troubles de la circulation signalés sur la joue droite et sur l'œil correspondant. Nous parûmes n'attacher aucune importance à ces symptômes, je n'annonçai plus nos réunions à l'accusée et il ne se produisit plus rien.

Une autre fois je demandai à Mme Fiquet, si dans ses

crises de nerfs il ne lui arrivait pas d'uriner sous elle ou si, en se levant le matin, elle n'avait pas été parfois surprise de trouver son lit mouillé ; elle fut très embarrassée, hésita, balbutia et finit par dire non. Dans la journée, elle demanda du papier à la sœur de son quartier pour rectifier par écrit sa réponse négative, avouant qu'elle était toute troublée quand on l'interrogeait et qu'elle n'avait pas assez de présence d'esprit pour saisir les réponses à faire. Elle manifesta l'intention d'être désormais très sobre de paroles.

De tout ce qui précède, découle à mon avis cette autre conclusion, que, durant l'observation directe, la femme Fiquet a présenté des désordres physiques susceptibles de se rattacher à la brusque suppression de la morphine et des troubles nerveux simulés.

Au point de vue mental, les symptômes accusés par la femme Fiquet étaient d'ordre négatif. L'inculpée s'isolait volontiers, recherchait les petits coins, tenait toujours la tête baissée ou appuyée sur son bras, il fallait la soulever pour étudier son regard, mais jamais elle n'a été soit dans la stupeur, soit dans l'exaltation, jamais elle n'a manifesté des perversions sensorielles ou des conceptions délirantes. Elle se bornait à prétendre que, sous l'influence de la morphine, elle avait perdu le souvenir et se trouvait dans un état mental vague que traversaient des idées bizarres, comme celle d'enlever dans la rue une petite fille qui passait et qu'elle n'avait jamais vue, ou encore comme celle d'annoncer faussement à son mari absent un accouchement de deux jumeaux, alors que depuis trois ans ils ne s'étaient pas connus. Ce dernier fait mérite une mention spéciale. L'histoire de cette fausse nouvelle est vraie. En la recevant, le mari qui s'était rendu depuis quelques jours dans sa famille pour se reposer, accourut. A son arrivée,

il trouva au lit sa femme qui refusa de répondre à ses pressantes questions et lui raconta le lendemain seulement que les deux enfants étaient morts. A en juger par la conduite de Fiquet, il se croyait le père ; en effet, il se rendit de suite au cimetière et continua par la suite, à visiter une petite tombe que son épouse lui montra. Marie Rémond détestait profondément son mari ; elle lui imposait toutes les corvées pénibles du ménage, elle ne le contraignait pas seulement à donner tout son gain, elle le poussait au vol et le récompensait de ses coupables complaisances par des injures et une nourriture insuffisante. Un médecin, envoyé un jour par l'administration du chemin de fer, pour voir ce malheureux en proie à d'atroces douleurs d'estomac, qui s'aggravaient chaque fois qu'il prenait le bouillon préparé par son épouse, eut la conviction d'un empoisonnement, et en dépit d'une énergique protestation de Mme Fiquet, fit transporter le malade à l'hospice où il guérit sans remède, en peu de jours. Tout était bon à cette femme pour torturer celui qui l'avait épousée malgré ses débauches et qui avait reconnu sienne, une enfant née cinq ans avant leurs premières relations. Je vois dans cette nouvelle une cruelle méchanceté et non un indice de folie. En acceptant même pour vraie cette assertion de l'accusée que son mari ne l'avait pas connue depuis trois ans, assertion pourtant que semblent bien démentir l'empressement de Fiquet à accourir, puis à se rendre au cimetière et ses visites fréquentes sur la prétendue tombe, elle savait trop bien que son époux était à sa discrétion pour redouter ses emportements. En rapprochant ce fait de l'enlèvement d'Henriette Barbey, Marie Rémond faisait seulement preuve d'intelligence.

La femme Fiquet exposait ces détails tout en protestant de l'intégrité de ses facultés ; elle se défen-

dait d'être folle, ne voulait pas passer pour telle, mais racontait ce qu'elle croyait propre à faire douter de sa raison. Sa correspondance à l'Asile était particulièrement curieuse à consulter à ce point de vue. Vingt fois je lui ai tendu un piège bien grossier, et vingt fois elle y est tombée sans s'en douter. Je causais avec elle de son existence tout entière, de son séjour même à l'Asile, elle donnait des renseignements précis, parlait d'abondance, surtout de la morphinomanie, paraissait franche, parfois gaie ; si je ramenais la conversion sur la journée du 29 juin au 30, je n'étais plus en présence de la même personne, la physionomie s'altérait, devenait inquiète ou courroucée, et alors l'amnésie apparaissait. Il m'a donc été, maintes fois, facile de constater que, si la morphine avait altéré la mémoire, l'altération ne portait que sur les faits incriminés. Si d'ailleurs, on comparait, dans ses dépositions, les renseignements donnés par elle, sur l'emploi de son temps le 29 et sur le crime, on trouvait les uns précis, les autres vagues. Comme nous le verrons plus loin, elle ne sait pas bien si c'est son mari qui l'a poussée à enlever l'enfant ou si elle l'a prise de son propre mouvement ; elle ne se souvient plus si c'est elle ou lui qui a commis l'assassinat, tantôt elle dépose dans un sens, tantôt dans un autre, mais elle sait exactement les courses faites par elle dans la matinée, elle n'a pas oublié l'heure à laquelle sa fille est arrivée de l'atelier, elle se souvient du moment où son mari est rentré, elle a gardé le souvenir d'une promenade au cimetière. Dans ses conversations avec nous il en était de même ; seuls les faits insignifiants de cette journée et de cette nuit s'étaient conservés dans son esprit. Une telle amnésie est scientifiquement impossible. Si le crime avait été instantané, on en comprendrait l'oubli malgré la persistance de la mémoire des actes accomplis avant et

après ; mais ici le crime, ainsi que l'établit l'instruction, a eu une durée de près de douze heures ; Henriette Barbey a été enlevée à onze heures du matin et jetée dans le canal de Bourgogne, vers dix heures et demie du soir ; le drame a été en plusieurs actes, et la mémoire conservant fidèlement tout ce qui s'est accompli dans les entr'actes aurait laissé échapper tout ce qui est relatif au drame lui-même. Un voile aurait recouvert tous les faits compromettants et rien que les faits compromettants. Une telle supposition est-elle admissible ?

Une question imprudente de la prévenue à la sœur de son quartier prouve bien d'ailleurs qu'elle avait, à l'Asile, la conscience de son état et de sa culpabilité. Désireuse de donner le change et de s'instruire sur les meilleurs moyens à employer, elle demanda à cette surveillante si elle n'avait pas eu déjà occasion de voir des malades rendues folles par l'abus de la morphine. Sur une réponse affirmative, elle s'enquit de suite des particularités mentales qu'elles avaient présentées, s'informant si l'exaltation ou la dépression dominait chez elles et si leur état offrait quelque rapport avec le sien. La sœur répondit non sans présence d'esprit, que les morphinomanes étaient d'ordinaire tristes, mais en même temps tranquilles et laborieuses. La femme Fiquet parut se conformer à ces indications et peu à peu elle se mit à faire des bas. Comme on le voit les symptômes accusés par la femme Fiquet ont été exclusivement d'ordre négatif. Elle n'a pas simulé un état mental présent, elle a surtout allégué un état mental passé. J'ai dit que pris en lui-même et en dehors de tout rapprochement avec les événements du 29 juin, cet état mental était à mon avis scientifiquement inadmissible. Des conversations quotidiennes, une surveillance de jour et de nuit, n'ont surpris chez cette femme rien qui éveillât le

soupçon d'un fonctionnement anormal de l'intellect Je suis donc en droit d'affirmer que durant son séjour à l'Asile, la femme Fiquet n'a pas été aliénée.

Saine d'esprit avant le 29 juin, et durant l'observation directe, alléguant pour excuse de son crime un état mental en lui-même scientifiquement inadmissible, simulant des troubles nerveux, l'accusée malgré toutes les présomptions qu'élève contre elle ce quadruple résultat, aurait-elle été réellement aliénée ce jour-là à son insu? C'est ce qu'il importe de rechercher par l'examen des faits mêmes incriminés et de ses dépositions, car, ai-je déjà dit, je n'ai vu la femme Fiquet qu'après quarante-sept jours d'abstinence de morhine.

III

Le 26 juin, trois jours avant le crime, la femme Fiquet avait apporté à Schettini, doreur, une seringue à injections, en priant de la réparer vite, car elle en avait un pressant besoin. Le jeudi, 29 juin, jour du crime, elle vint la réclamer, offrant plus que le prix convenu si on la lui donnait immédiatement. Schettini déclara ne pouvoir livrer la seringue avant le lendemain vendredi. En sortant de chez ce marchand la femme Fiquet fit des courses en ville et les personnes qui la virent dans cette matinée n'ont rien remarqué d'anormal, soit dans ses manières, soit dans ses discours. Vers onze heures, au coin de la rue Saint-Philibert et de la rue de la Prévôté, elle rencontra la jeune Coquereau, âgée de 14 ans, qui jadis avait travaillé en même temps qu'elle à la manufacture des tabacs. Elle s'arrêta près d'elle, lui demandant s'il était bientôt onze heures et si les enfants étaient sortis de l'asile. La jeune Coquereau, répondit que onze heures allaient sonner et que les enfants n'étaient pas encore sortis; questionnant à

son tour elle s'informa auprès de Mme Fiquet, si c'était sa petite fille Louise qu'elle venait chercher, et celle-ci répondit que ce n'était pas la sienne, mais celle d'une voisine qui l'en avait priée. La jeune Coquereau proposa d'aller ensemble jusqu'à l'asile, la femme Fiquet refusa, disant que ce n'était pas la peine, car la petite avait l'habitude de s'en aller seule et de passer où elle était. Coquereau s'éloigna. Henriette Barbey sortit de l'asile avec la petite Barreau. âgée comme elle de cinq ans. Quand elles passèrent devant l'endroit où se tenait l'accusée, cette dernière s'avança vers elles, prit Henriette par la main et lui dit : « Venez avec moi, votre maman est chez nous. » Henriette suivit sans difficulté et la femme Fiquet la conduisit chez elle. A 11 heures 1/2, Louise Fiquet, âgée de 13 ans, revint de la manufacture des tabacs où elle travaille et tout étonnée de trouver à la maison une enfant inconnue, questionna sa mère, elle répondit : c'est l'enfant d'une femme près de chez nous, qui en allant laver, me l'a donnée à garder. Rentrant de nouveau du travail à 6 heures 1/2, Louise Fiquet demanda ce qu'était devenu la petite et sa mère lui raconta qu'elle l'avait fait descendre sans que personne ne la vit. Il faut rapprocher de ces détails la déposition de Barbey établissant que sa fille fréquentait l'asile des sœurs depuis un an, qu'habituellement elle revenait avec sa tante qui allait elle. à l'école des sœurs, mais que le jeudi elle était seule. car si l'asile ouvrait ce jour-là jusqu'à onze heures, l'école restait fermée. — Le lendemain à trois heures et demie du matin, le cadavre d'Henriette était trouvé dans le canal de Bourgogne.

Tels sont les faits, et ils établissent clairement que cet acte a été voulu, combiné, exécuté avec art. La déposition de la jeune Coquereau, d'une importance capitale dans cette question, ne laisse aucun doute

sur la préméditation, surtout si on la rapproche des renseignements fournis par Barbey. Certes, la préméditation n'exclut pas la folie. Il est admis sans conteste aujourd'hui en médecine légale, car des centaines d'observations l'ont prouvé, qu'un aliéné, agissant sous influence de la maladie est capable d'autant de ruse, d'habileté qu'un criminel consommé. Mais tous les aliénés ne sont pas dans ce cas, seuls un certain nombre d'entre eux agissent ainsi et il est facile de comprendre que ce sont ceux-là chez lesquels ont été respectées les facultés syllogistiques. Concevoir un crime, choisir le lieu et le moment propices de l'exécution, le mener à bonne fin avec intelligence et prévoyance, sont choses qui supposent le raisonnement intact. Tel est le cas dans la folie morale ou dans la folie hallucinatoire systématisée. Dans la folie morale, en effet, l'intelligence conserve sa force, seule la sensibilité est atteinte. Entraînés au mal par un besoin irrésistible, trouvant dans le crime un plaisir enivrant, obligés malgré eux de satisfaire les appétits morbides qui les travaillent, ces infortunés se voient contraints de mettre au service de leur délire tout ce que la nature a donné à l'homme d'intelligence et de volonté pour résister au contraire aux entraînements passionnels. Les hallucinés avec conceptions délirantes systématisées préméditent aussi leurs méfaits. Sous l'influence de perversions sensorielles, d'auditions ou de visions, ils acquièrent une conviction pathologique qui devient le mobile de toute leur conduite et ils sont capables de mille combinaisons plus ingénieuses les unes que les autres pour arriver à leurs fins. Ceux-là, nous le répétons, sont susceptibles de préméditer, car leurs facultés syllogistiques sont respectées. La préméditation est donc exclusive de tout délire général, expansif ou

dépressif et surtout de tout délire où prédomine soit l'affaiblissement, soit l'obtusion des facultés. Chaque délire, peut-on dire, engendre des actes qui lui sont propres et certaines formes mentales ne se rattachent par aucun lien à certains crimes. Delà, ce principe, sur lequel Casper et Morel surtout ont tant insisté, de toujours rapprocher les faits incriminés des troubles psychiques présentés ou allégués.

Il résulte de ces considérations médico-légales que si la femme Fiquet, était aliénée le 29 juin, elle n'a pu préméditer l'enlèvement et l'assassinat d'Henriette Barbey, que sous l'influence d'une folie qui ne lésait point ses facultés de raisonnement. Pour juger si tel était son état mental il n'y a que les seuls renseignements fournis par elle, car, de toutes les personnes qui l'ont vue ce jour-là, pas une n'a relevé le moindre désordre dans ses idées. La jeune Coquereau, elle-même, qui a conversé avec l'accusée au moment où elle commençait à exécuter son projet, n'a rien remarqué. Louise Fiquet a trouvé raisonnables les réponses de sa mère à ses questions ; rien d'insolite ne l'a frappée. Le mari, dans ses dépositions, n'a jamais mis en doute l'intégrité des facultés intellectuelles de sa femme ; il l'a donc trouvée le 29 juin comme à l'ordinaire et l'instruction établit qu'ils sont restés presque tout l'après-midi ensemble. J'avais donc raison de dire que les assertions de la femme Fiquet sont les seuls éléments d'appréciation, car si elle a été folle, sa folie a passé inaperçue de tout le monde. Or, pour excuser sa conduite, elle prétend que la morphine avait déterminé chez elle une obtusion intellectuelle qui la laissait sans défense contre les impulsions bizarres naissant en elle. État mental inconciliable avec les actes du 29 juin, car l'obtusion intellectuelle exclut la préméditation. Et puis comment une telle perturbation, si bien faite

pour frapper l'attention, n'aurait-elle été aperçue d'aucun de ceux qui ce jour-là furent en relation avec elle ? La femme Fiquet a bien compris d'ailleurs, par le simple bon sens, tout ce que la déposition de la jeune Coquereau avait de défavorable à son système de défense, car elle l'a toujours déclarée calomnieuse et s'est efforcée de l'expliquer par la vengeance. Autrefois, à une époque où elles étaient ensemble ouvrières à la manufacture des tabacs, elle aurait dénoncé la jeune Coquereau pour ses insolences. Une assertion aussi futile ne saurait prévaloir contre le témoignage formel de cette enfant.

Ainsi l'inculpée a prémédité son crime et allègue pour le justifier un état mental qui exclut toute préméditation. Mais la culpabilité ressortirait bien davantage en établissant que des actes criminels, tels que l'enlèvement d'une mineure suivi d'assassinat, ne sauraient dans aucun cas être consommés sous l'influence de la morphinomanie. Examinons dans tous ses détails cette grave question médico-légale.

J'ai déjà démontré par quatre ordres de preuves que la morphinomanie est une passion au même titre que les autres passions factices de l'homme, celle de l'alcool ou du tabac et, considérée en elle-même, sans aucune importance médico-légale ; je ne reviendrai donc pas sur ce point qui me paraît jugé et je dirai tout de suite qu'il est d'une absolue nécessité en présence d'un accusé alléguant l'abus de la morphine pour justifier ses fautes, de rechercher si, au moment des actes répréhensibles, il était *en puissance* du poison ou *en abstinence*, car l'état mental varie dans l'un et l'autre cas.

Pour la grande majorité des médecins versés dans l'étude de ce point curieux de médecine légale, le morphinomane *en puissance* est responsable. La pas-

sion de la morphine et la passion de l'alcool, écrit Leveinstein, se distinguent l'une de l'autre en ce qu'on ne voit pas apparaître de troubles psychiques pendant l'action toxique morphinée, à part la variabilité d'humeur. Cette opinion est exagérée, et dans le cours de sa monographie, l'auteur allemand prouve lui-même le contraire de son affirmation. C'est que pour rester dans la réalité des faits, il faut tenir compte de deux périodes distinctes dans l'action prolongée de la morphine. Les propriétés euphoristiques de ce narcotique, n'ont pas, en effet, une durée illimitée. Au bout d'un temps généralement assez long, huit mois quelquefois, souvent plusieurs années, l'euphorie, malgré une augmentation croissante des doses, ne se produit plus, l'organisme entre dans une phase nouvelle et l'esprit avec. S'il est indispensable en médecine légale de distinguer le morphinomane *en puissance* du morphinomane *en abstinence,* il est non moins indispensable chez le premier de séparer *la période d'euphorie* de la période suivante, *période de marasme physico-psychique.*

Durant la *période d'euphorie,* la responsabilité est complète, car alors la morphine loin d'affaisser ou de pertuber l'économie, lui donne un surcroît de vie; l'énergie morale, comme l'énergie intellectuelle s'affirment davantage. Dans l'injection morphinée, dit Leveinstein, le débile puise des forces, l'énervé puise de l'énergie; par elle, le silencieux devient loquace. le timide devient hardi; la conscience de la force et de la capacité se trouve accrue. Un tel état semblerait plus propre à aggraver qu'à atténuer la responsabilité. Il est un cas pourtant où l'euphorie semble pouvoir enchaîner la volition. Cette réserve m'est inspirée par la très curieuse observation de M. Lunier: une dame, à ce point adonnée au laudanum qu'elle en consommait de mille à douze cents

francs par an, commet un vol aux étalages; elle vend des dentelles ainsi dérobées pour la somme de 140 francs qu'elle utilise à acheter du narcotique. Une ordonnance de non-lieu intervient et je crois que c'était justice; je reconnais toutefois que c'est chose délicate de décider si la passion morphinique par sa volupté énivrante, est susceptible de fasciner l'esprit et de l'entraîner malgré lui à des actes délictueux ou criminels pour s'assouvir. J'inclinerais pour l'irresponsabilité.

Dans la seconde période, dite de *marasme physico-psychique*, l'organisme et l'intelligence ne se maintiennent plus à la même tonalité. Malgré des doses croissantes, non seulement l'excitation suave d'autrefois ne se produit plus, mais le corps et l'intellect languissent et se perturbent. Au point de vue mental, qui doit exclusivement nous occuper ici, l'humeur devient extrêmement variable; l'intelligence est incapable de tout travail suivi, du moindre effort soutenu; la mémoire s'éteint, la sensibilité s'émousse, la volition se paralyse, une anxiété vague poursuit ces infortunés que tourmentent vers le soir de rares hallucinations surtout de la vue. En vain, pour lutter contre la torpeur qui les envahit, recourent-ils à des injections réitérées; loin d'améliorer leur situation ils l'aggravent et tombent souvent dans de véritables crises d'exaltation maniaque. Démence et fureur, tels sont donc les deux caractéristiques du triste état consécutif à l'abus prolongé des préparations morphinées, état que Leveinstein a cru pouvoir appeler *le delirium tremens* chronique de la morphine et que M. Brouardel rapproche avec plus de raison de ce qu'on observe chez les fumeurs d'opium. Arrivé à ce degré, le morphinomane est, pour moi, un malade qui ne doit aucun compte à la justice, mais il ne faut pas oublier

qu'incapable de toute réflexion, de toute combinaison, il ne saurait commettre que des actes de dément ou de maniaque. Tel était le cas rapporté par M. Hallez, d'un homme qui depuis longtemps absorbait par jour quarante centigrammes de morphine et qui, devenu maniaque, roua de coups, en pleine place publique, un jeune homme qui ne lui voulait aucun mal. Le tribunal admettant des circonstances atténuantes, lui épargna la prison et le condamna à 16 francs d'amende. Un acquittement complet aurait dû s'en suivre. Je n'ignore pas que Leveinstein affirme que l'obtusion intellectuelle de ces infortunés est plus apparente que réelle, qu'on peut les tirer pour plus ou moins de temps de leur état de dépression ou d'excitation, qu'ils sont en état de prendre part à une conversation ; et que, même alors, ils ont l'esprit net et la conscience de ce qu'ils font. Ce jugement n'est-il pas encore trop absolu? Combien de lypémaniaques anxieux ou opprimés, de maniaques turbulents dont l'attention peut être fixée durant un temps plus ou moins long ; doutons-nous pour cela de leur irresponsabilité et hésitons-nons à les arracher à la vengeance de la société?

Si telles sont les considérations médico-légales qui me paraissent devoir guider l'aliéniste vis-à-vis d'un morphinomane *en puissance*, en est-il de même pendant *l'abstinence?* Ici, ce qui était tout à l'heure l'exception, devient la règle. Leveinstein, qui s'est montré si sévère pour le morphinomane *en puissance*, étend généreusement le bénéfice de l'irresponsabilité à tous ceux *en abstinence :* « Tandis que les morphinomanes, chacun selon son individualité, se distinguent essentiellement les uns des autres, en ce que les uns sont atteints après des mois, tandis que d'autres ne le sont qu'après des années, ils cessent de différer les uns des autres quand on leur retire la

morphine en totalité ou en partie. Il y a ici égalité devant la loi. Aucun n'a le privilège de rester impuni pour s'être adonné à sa passion. » Une remarquable observation de M. Folet tendrait cependant à prouver que si les troubles physiques ne manquent jamais, les troubles intellectuels peuvent faire défaut chez une personne habituée depuis plusieurs années, à prendre chaque jour, au moins quarante centigrammes de morphine et sevrée brusquement de son excitant quotidien. Quoiqu'il en soit, nous dirons qu'ici encore l'obtusion intellectuelle et la fureur sont les deux caractéristiques des désordres intellectuels qui surgissent, avec cette aggravation que la fureur est infiniment plus commune et plus violente, accompagnée d'hallucinations terrifiantes et d'anxiété extrême, en tous points comparables au *delirium tremens* des alcooliques, ainsi que le signale Leveinstein. De toute évidence l'irresponsabilité de tels malades est absolue.

En faisant application de ces données à la femme Fiquet, on voit que l'enlèvement et l'assassinat d'Henriette Barbey, prémédités et exécutés habilement sont absolument en dehors de la morphinomanie. C'est là un crime que l'ivrognerie morphinique ne saurait engendrer à aucune de ses périodes et de même que M. Brouardel, à propos d'un vol aux étalages, concluait à la responsabilité, car la kleptomanie ne naissait pas de l'abus de la morphine, de même nous concluons à la responsabilité, car les crimes du 29 juin ne sont pas un produit maladif de cette passion.

IV

Il nous reste à analyser et à apprécier les dépositions de la femme Fiquet. Cette œuvre ne sera pas stérile; nous puiserons, en effet, dans les contradic-

tions sans cesse renaissantes de l'accusée, dans les fluctuations de son esprit et de sa conscience, des preuves certaines de sa parfaite santé d'esprit durant les jours qui suivirent son arrestation.

Marie Rémond a donné sur son rôle, le 29 juin, quatre versions différentes. Arrêtée le jour même de la découverte du cadavre, 30 juin, et interrogée de suite par le magistrat instructeur, elle fournit sur l'emploi de son temps des renseignements précis, indique ses courses, ses visites, ses promenades, mais affirme qu'elle n'a connu l'enlèvement et la mort d'Henriette Barbey que par la rumeur publique. Confrontée avec la jeune Coquereau et la petite Barreau, elle nie avec énergie.

Le 1er juillet, après avoir persisté quelques instants dans ses dénégations absolues, accablée par tous les témoignages qui établissent sa culpabilité, elle se décide à avouer sa participation au crime, mais à l'en croire, elle n'a été que l'instrument de l'enlèvement, son mari est le vrai coupable, C'est lui qui, la croyant à tort la maîtresse de Barbey, lui a montré l'enfant, c'est lui qui l'a contrainte à l'enlever, c'est lui enfin qui, seul le soir, est parti avec la petite. Confrontée immédiatement avec Barbey, tous les deux déclarèrent qu'ils se voyaient pour la première fois.

Le 1er juillet, 48 heures après le crime, la femme Fiquet déposait dans ces termes; elle n'invoquait alors aucun trouble intellectuel, elle n'en appelait pas à sa passion morphinique, elle se justifiait comme injustement accusée et rejetait sur son mari toute la responsabilité; ses deux dépositions du 30 juin et du 1er juillet, loin de laisser soupçonner le moindre dérangement des facultés, montrent au contraire chez la prévenue de la ruse et de l'habileté. Après avoir tout nié, quand l'instruction a réuni des

charges accablantes, y compris le témoignage innocent de sa propre fille, elle avoue pour expliquer sa conduite et démontrer son innocence. Pourtant, si, comme elle l'a affirmé par la suite, elle s'injectait quotidiennement un gramme de morphine, depuis deux jours que, fouillée et isolée, elle en était privée, le besoin de l'excitant habituel aurait dû terrible ment se manifester, ainsi que le cortège symptomatologique de l'abstinence. Eh bien ! ces symptômes ne se sont jamais montrés que très atténués, tels qu'ils sont à la suite d'habitudes de fraîche date ou de doses modérées. Ce fait prouve péremptoirement que l'accusée n'était pas aussi morphinomane qu'elle a bien voulu le dire. Son organisme ne serait pas ainsi soumis sans protester et sans traverser une crise des plus violentes, si la dose énorme d'un gramme était absorbée chaque jour.

Le 7 juillet, elle persiste dans son système de défense, et paraissant se décider à des aveux plus complets, elle donne un mobile plausible à la conduite criminelle de son mari, la jalousie conjugale fondée. Elle avoue avoir été la maîtresse de Barbey et affirme que Fiquet désirait venger cet adultère qui lui était connu.

C'est seulement le 10 juillet, qu'adoptant un troisième système de défense, Mme Fiquet se décide à s'accuser elle-même et à invoquer l'excuse de la morphinomanie. Cette évolution est caractéristique, ainsi se conduisent les prévenus qui désirent se soustraire aux coups de la justice par la simulation ou l'allégation fausse de perturbations psychiques. Comme le signale M. Laurent, ils nient d'abord, cherchent ensuite à s'innocenter, et quand ils comprennent la lutte impossible, ont recours à la folie. Les aliénés criminels sont d'ordinaire francs. Ayant commis leurs méfaits sous l'influence d'une convic-

tion morbide bien arrêtée ou d'impulsions irrésistibles, ils sont fiers de ce qu'ils ont fait ou, fatalistes, ils affirment que cela devait arriver.

Le 10 juillet, la femme Fiquet déclara donc au juge d'instruction qu'elle n'avait jamais connu Barbey ni sa famille, et que son mari n'avait appris l'enlèvement qu'à une heure de l'après-midi. Elle accusa des maux de tête, de l'obtusion dans les idées, et demanda que la suite de l'interrogatoire fut renvoyée au lendemain 11.

Ramenée le 11 devant le juge d'instruction, comme elle l'avait demandé, l'accusée, *après une demie-heure de réflexion en présence de ce magistrat*, reconnut que seule elle avait enlevé la petite, seule elle l'avait conduite au canal, seule elle l'avait poussée dans l'eau, et et immédiatement elle donna des détails sur ses habitudes morphinomaniaques : « J'ai pris, dit elle, le goût des injections de morphine il y a deux ans à l'hôpital. C'est le professeur Brulet qui me les prescrivit pour des douleurs à la colonne vertébrale. Je ne pouvais plus me passer de ces injections. Elles me procuraient un engourdissement et un état d'insensibilité qui étaient suivis de maux de tête, et alors je me redonnais de nouvelles injections. Depuis plus de dix-huit mois, je prends plusieurs fois par jour des injections de morphine. J'envoie tous les matins ma petite fille chez X..., pharmacien, pour chercher un gramme ou un demi-gramme que je prends en injections dans la journée. Ce remède m'ôte l'appétit et depuis longtemps, je mange fort peu. Lorsque j'obtenais des remèdes délivrés gratuitement par la ville, j'allais porter ces ordonnances à X... qui en portait la valeur à mon compte en échange de la morphine. Lorsque mes seringues ne fonctionnaient pas ou que je souffrais trop des bras, je buvais la morphine. Quand dans la matinée du 30 juin, j'ai appris que la

petite avait été trouvée noyée dans le canal, je croyais rêver en me rappelant ce que j'avais fait la veille. »

Onze jours après, le 22 juillet, l'accusée sollicitait avec instance du juge d'instruction un nouvel interrogatoire qui lui était accordé, et alors elle racontait qu'après avoir bien cherché dans sa tête elle s'est convaincue que si c'est elle qui a pris la petite, c'est Fiquet qui seul l'a conduite au canal et partant l'a noyée.

Telles sont les dépositions de Marie Rémond et, il est facile de le voir, loin d'ébranler l'opinion qui résulte de ses antécédents et de son examen direct, elles lui donnent une plus grande force. J'ai trouvé toutefois trop lourde pour mes jeunes épaules la mission qui m'incombait. L'affaire était assez grave et assez compliquée pour que je crusse devoir solliciter les sages conseils d'un maître autorisé. M. Foville a bien voulu répondre à mon appel et a mis à mon service, avec un empressement et une bienveillance dont je le remercie vivement, sa grande expérience des affaires médico-légales. Je lui ai transmis tous les documents et je n'ai livré la femme Fiquet à la justice que quand ce savant maître eut reconnu avec moi sa responsabilité.

V

Le 10 novembre, quelques jours avant l'ouverture des assises, M. le juge d'instruction de Dijon me communiquait d'urgence une lettre de Mme Fiquet, me demandant mon avis sur son contenu et si elle ne renfermait pas des renseignements utiles pour l'instruction. Cette lettre présentait l'état mental de l'accusée sous un jour tout autre. Trop longue pour être reproduite en entier, elle a été réduite aux paragraphes essentiels qui suivent et qui permettent

d'apprécier le nouveau système de défense de cette femme, véritable protée qui, sans relâche comme sans découragement, se présentait chaque semaine sous un aspect différent, espérant par là jeter au moins le doute dans l'esprit des experts ou des juges et compromettant au contraire sa cause par la variété même de ses allégations :

« Monsieur le Juge d'instruction,

. . . .

« J'ai à vous dire quelques mots sur le spiritisme, car je sais que vous vous moquez de moi à cet égard, mais si souvent je ne vous réponds pas, *c'est que l'on ne veut pas*. Il n'y a pas rien qu'à vous que cela m'est arrivé ; à l'Asile, il y avait des jours que M. le Directeur ne parvenait pas à me faire répondre comment ça allait, ni les sœurs ; des journées entières je ne pouvais leur parler, car ces personnes-là sont toutes contre le spiritisme. Un jour *l'on me dit* de ne pas me fatiguer l'estomac, que les remèdes ne me guériraient point, je refuse ma potion. M. le Directeur, tous les matins, avait la bonté de se la faire donner et il ne me quittait que quand je l'avais prise, et il chargeait l'interne de me faire prendre le reste à la contre-visite, mais jamais il y est parvenu, *car il vous donne un mauvais fluide*, pas comme M. le Directeur. Encore aujourd'hui, l'on persiste à croire que je vais guérir. J'accepte les pilules que l'on me donne, *car l'on ne m'a encore rien dit*. *L'on m'a dit* de prendre du lait, car l'on penserait que c'est la peur de ma condamnation qui me fait agir. *Je l'écoute de ce matin*, voilà pourquoi je demandais tant à être seule à M. le Directeur et de me faire ramener, car je suis heureuse ainsi.

« Vous allez dire, *mais alors, pourquoi ne vous dit-il pas pourquoi vous avez pris la petite ? Un jour je l'a*

fait et il m'a répondu : c'était pour occuper les journaux en la tenant jusqu'au soir. Car je suis obsédé ; mon obsesseur est plus fort que moi, ou plutôt que mon esprit ; et c'est, m'a dit une spirite, une *âme* qui souffre, et c'est ma famille qui en est cause ; il faudrait la faire délivrer par les prières, après il nous protégerait. Et c'est si vrai, voyez mon père, il se lève somnambule ou plutôt est levé par les esprits qui le jettent par la fenêtre du troisième étage, se brise les membres. Il s'établit ; par leur travail, surtout ma mère, ils ramassent quelque argent, mon père prête son argent et va mendier son pain, couchant dans les écuries pendant qu'il avait un lit très bon chez lui. *Dans la famille, c'est moi qui devais succéder à cette obsession.*

« Vous allez revenir sur ce que l'on m'a dit que c'était pour occuper les journaux, et vous ne manquerez pas de dire : elle vient de penser à me faire croire ça aujourd'hui ; ça n'est pas d'aujourd'hui que vous deviez le savoir, *mais l'on m'a dit de ne pas vous le dire.* Après bien des débats, j'ai demandé si une croyante qui était avec moi à l'Asile ne pouvait pas le dire à M. le Directeur, *l'on ne m'a rien répondu.*

« *Depuis l'on me défendait de vous parler à ce sujet, c'est à cause sans doute que vous l'avez bravé l'autre jour qu'il me force à vous répondre.*

« Quand je ne vous répondais pas, ne prenez pas mon silence pour un embarras ou un manque de respect : *je ne peux pas.* C'est comme quand j'étais à l'Asile et que j'étais encore aux agitées ; il y a là une femme qui reçoit aussi des communications et que lorsque certaines personnes l'approchent elle se retire et souffre, même les sœurs. Voilà quatre ans qu'elle est là et moi, elle était toujours avec moi très douce et raisonnant bien. On lui envoie aussi beau-

coup de charmes *et elle me le disait bien et ça me faisait le même effet.*

« Vous m'excuserez de m'être permis de vous écrire si longuement à ce sujet, *mais on me force, je n'en aurais rien dit.* Voilà pourquoi j'aimais les cimetières. *Il n'y a que dans les endroits tristes et solitaires qu'on vous écoute.* »

Cette lettre de Mme Fiquet intrigua avec raison le Parquet qui crut de son devoir de me la communiquer. Pour un aliéniste, toutefois, elle avait des allures suspectes. D'ordinaire, l'aliéné criminel, en effet, ne fait pas étalage de son délire, surtout il ne se cherche pas des semblables et n'établit pas que son cas à des précédents. Il y a, en outre, dans cette lettre, deux choses qui me frappèrent; l'esprit aurait défendu de parler, mais alors le silence était la conséquence logique du délire, et nous avons vu par contre, l'accusée parler et se contredire sans cesse. Ensuite elle aurait consulté l'esprit postérieurement sur l'enlèvement; ce crime n'avait donc pas été la conséquence d'un ordre ou d'un conseil de l'obsesseur ?

Je me présentai le jour même à la prison. La femme Fiquet, malade d'un érysipèle de la face, marmottait depuis la veille des paroles incohérentes comme dans un délire fébrile. A mon arrivée, elle redoubla ses incohérences, prétendant ne pas me reconnaître. J'insistai, et quand elle sut le but de ma visite, quand elle apprit que je venais m'éclairer sur la lettre écrite au magistrat instructeur, elle entra en conversation suivie. Je restai une heure avec elle et les renseignements obtenus ne laissèrent aucun doute dans mon esprit sur une nouvelle simulation.

Tout d'abord Mme Fiquet n'a plus invoqué que secondairement un ordre donné pour justifier son silence sur un tel état, elle a surtout prétendu qu'elle crai-

gnait en parlant de passer pour folle et d'être gardée aux Chartreux. Double contradiction avec sa lettre où l'influence de l'esprit jouait le rôle principal et où elle étalait avec complaisance, un délire psycho-sensoriel bien propre à entraîner un isolement perpétuel. Elle n'a pas osé davantage soutenir que l'esprit lui parlait, elle a repoussé toute hallucination de l'ouïe, mais s'est trouvée ensuite très embarrassée pour justifier les prétendus ordres reçus. Ne sachant que répondre elle retomba dans le délire fébrile et n'en sortit qu'après un quart d'heure pour déclarer qu'elle reconnaissait l'action de l'esprit à une impossibilité de désobéir. Nouvelle contradiction avec la lettre où il est moins question d'inspiration que de paroles : « l'on me dit de faire ou de ne pas faire telle chose... Je l'écoute de ce matin... Je lui ai demandé et il m'a répondu... » Une fois seulement elle se sert des mots : ça m'est révélé. Je voulus savoir alors la part prise par l'esprit dans le double crime, mais il paraît que ma question était indiscrète, car la femme Fiquet, vivement agitée, m'apprit qu'on lui ferait passer une nuit d'atroces souffrances si elle se permettait d'y répondre et retomba une troisième fois dans le délire fébrile.

Tout cela, est-il besoin d'insister, était de la simulation au premier chef. J'avais cherché où l'accusée avait puisé l'idée d'un tel délire, bien propre à frapper l'esprit des magistrats et des jurés et je n'avais pas tardé à voir que la femme des agitées, à laquelle elle fait allusion dans sa lettre, présentait des hallucinations et des conceptions délirantes en tous points identiques. Or, elle avait eu avec cette malade des rapports très suivis, causait toujours avec elle et ne la quittait pas de la journée. Craignant un suicide dont la prévenue me menaçait parfois, je l'avais placée vingt jours après son arrivée au quar-

tier de l'infirmerie, où la surveillance est plus continue. Chaque matin elle me suppliait de la renvoyer aux agitées. Je croyais cette insistance basée sur un ardent désir de se tuer, elle tenait simplement au besoin de se perfectionner dans un rôle qu'elle s'étudiait à jouer au dernier moment après son retour à la prison. Quand la troisième crise de délire fébrile se fut calmée et qu'il me fut possible de renouer conversation, j'essayai de l'interroger sur ses relations à l'asile avec la malade, mais je ne parvins qu'à déterminer une quatrième crise!

Le lendemain, la femme Fiquet me manda par le médecin en chef de la prison. Ayant sans doute réfléchi et combiné ses réponses, elle désirait réparer les paroles compromettantes de la veille, dues à l'imprévu de ma visite. Je m'abstins d'y aller et elle m'écrivit la lettre suivante qui n'a pas besoin de commentaires, car elle ne saurait être d'une aliénée :

« Monsieur,

« Lorsque vous êtes venu me voir pour m'interroger, je ne sais ce que je vous ai répondu, vous avez sans doute pris mon érysipèle en considération et vous n'y avez pas attaché d'importance? J'espère que vous ne montrerez pas ma lettre au juge; je tiens à ce que ça se termine aux prochaines assises, et on serait encore capable de me faire un tas de questions. Ce que je vais dire, ça n'est donc pas pour la justice, c'est seulement pour la science médicale.

« Le sujet de votre visite était si c'était l'esprit qui m'avait dit d'enlever la petite, ma réponse est *oui*. Vous ne pouvez mettre en doute l'obsession par les esprits; s'il en était autrement, que vous ne croyez pas à la *Réincarnation*, je comprends que vous ayez supposé que je tenais à me justifier devant la justice, mais il n'en est rien au contraire.

« Si j'allais au cimetière sur la tombe des deux petits enfants, c'est que j'ai été inspirée par l'esprit qu'ils m'avaient appartenu dans une autre existence.

« Je dois aussi vous dire au sujet de cette malade des agitées qu'elle ne connaît pas le spiritisme. Jamais je ne suis parvenue à lui faire comprendre la *Réincarnation*. Elle se croit, c'est vrai, poursuivie par les esprits, mais comme les personnes qui se croient damnées.

« Je dois aussi vous dire que je suis été avertie de ne pas vous rendre compte de ce que je ressentais intérieurement lorsque j'avais des crises de nerfs. »

Après avoir établi que l'enlèvement et l'assassinat d'Henriette Barbey ne résultent pas de la morphinomanie et que tous les troubles nerveux ou intellectuels allégués ou présentés par M[me] Fiquet étaient feints, il reste à déterminer quel est le véritable état mental de cette femme et de rechercher si, bien que responsable, elle n'a droit à aucune circonstance atténuante.

Il ne faut pas se le dissimuler, les crimes du 29 juin sont étranges et inexplicables; l'instruction n'a trouvé ni le mobile de l'enlèvement ni le mobile de l'assassinat. L'opinion publique parfaitement édifiée sur les mœurs de la femme Fiquet, l'accusa de suite d'avoir enlevé Henriette Barbey pour la faire souiller et de l'avoir assassinée après. Un examen négatif des organes génitaux, de l'anus et de la bouche de la victime, n'a pas donné de fondement à cette hypothèse. Est-ce dans un but d'expérience morphinique qu'elle aurait agi? Elle le nie et rien ne la contredit. Longtemps le parquet crut à la complicité des parents de l'enfant, gens sans moralité, mais toute l'instruction établit qu'ils ne connaissaient pas la prévenue. On a retrouvé chez celle-ci le peigne et les boucles d'oreilles d'Henriette, le tout d'une valeur

de sept francs; un vol aussi insignifiant n'est pas le mobile rationnel d'un double crime entraînant la peine de mort.

Sans entrer dans des détails qui seraient en dehors de cette étude exclusivement consacrée à l'état mental de Marie Rémond, je dirai qu'il résulte pour moi de l'examen de la procédure et de l'autopsie d'Henriette que celle-ci a été endormie la plus grande partie de la journée et noyée dans le sommeil narcotique entre dix et onze heures du soir. D'autre part, Fiquet le mari, a toujours soutenu que la petite était morte et que son épouse avait voulu se débarrasser d'un cadavre. Je me demande si Mme Fiquet ne s'est pas trompée, si elle n'a pas pris pour réelle une mort apparente et si elle n'a pas jeté dans le canal de Bourgogne l'enfant en vie, la croyant morte. Cette hypothèse expliquerait de suite l'insuccès des investigations de la justice. Si Mme Fiquet, voulant endormir la victime pour l'empêcher de trahir par ses cris sa présence dans la maison et attendre le moment propice à ses desseins, a cru l'avoir tuée et s'est empressée de s'en défaire, on comprend que le but n'ayant pas été atteint, l'instruction ne l'ait pas retrouvé. Mais ce n'est là qu'une hypothèse que l'accusée d'ailleurs, a toujours repoussée.

Il n'en résulte pas moins que cette affaire reste mystérieuse, enveloppée d'une obscurité que n'expliquent ni la morphinomanie, ni une folie nevrosique. Si le mobile n'est pas vésanique, il n'en est pas moins inconnu et il y a là une lacune grave de l'instruction qui doit rendre l'expert circonspect dans ses conclusions, quand elles peuvent avoir pour conséquence une condamnation à mort.

En second lieu, la vie entière de Mme Fiquet, aussi bizarre que crapuleuse, ses goûts étranges, sa manie de fréquenter les hospices à la fois pour intriguer

les médecins et satisfaire sa paresse, sa passion pour les choses de la médecine y compris les médicaments, ses intrigues religieuses et tant d'autres choses, tout chez elle indique une nature mal équilibrée, dépourvue surtout de jugement, une nature mobile, peu susceptible de persévérance et de tenacité dans les résolutions, ainsi que le prouvent ses contradictions mêmes dans ce procès où sa tête était l'enjeu.

Il est enfin un dernier ordre de faits qui mérite une attention spéciale. Je veux parler des simulations continuelles de la prévenue. Toute sa vie n'en a été qu'une longue suite. Elle ne simule pas seulement quand elle est criminelle, elle simule en toute occasion et, semble-t-il, par besoin. Elle feint des maladies pour obtenir des remèdes, pour se procurer de l'argent, pour intriguer le médecin, et elle n'est pourtant pas hystérique. Jusqu'à ce jour, on a très généralement vu dans la simulation un signe de force intellectuelle et partant plutôt une circonstance aggravante. M. Foville est d'un avis tout opposé : dans une lettre qu'il a bien voulu m'écrire pour m'aider de ses conseils, lors de la dernière simulation de Mme Fiquet au sujet de l'obsession par l'esprit, il me disait être arrivé depuis longtemps à la conviction que les simulateurs sont presque toujours, même toujours, des êtres incomplets, mal équilibrés, de vrais candidats à la folie. C'est là une opinion neuve qui rencontrera tout d'abord, sans doute, de nombreux contradicteurs, mais je crois qu'une étude plus attentive de cette catégorie de prévenus montrera tout ce qu'il y a de vrai dans l'opinion du savant aliéniste. Je n'ai pas encore une bien grande expérience des affaires médico-légales, mais j'ai déjà été frappé de la tendance qu'ont certains aliénés criminels à vouloir simuler et j'ai même publié dans le numéro de mars 1882 de l'*Encéphale* un cas détaillé de ce genre.

L'opinion de M. Foville ne m'a donc pas surpris et je suis très disposé à l'admettre.

Ces diverses considérations m'ont porté à solliciter des circonstances atténuantes auprès du jury et auprès de la cour une atténuation de pénalité.

CONCLUSIONS

Relativement à la morphinomanie dans ses rapports avec la médecine légale les conclusions suivantes découlent de cette étude.

I. La morphinomanie considérée en elle-même n'est pas une psychose et ne préjuge en rien l'état mental d'un accusé.

II. L'effet plus ou moins rapide de la morphine sur l'intellect dépendant de l'individualité et non des doses plus ou moins massives injectées, la connaissance exacte de celles-ci n'a pas grande valeur médico-légale.

III. Il est indispensable de distinguer si un accusé morphinomane, au moment des actes répréhensibles, était *en puissance* du poison ou *en abstinence*.

IV. Chez le morphinomane *en puissance*, il est non moins indispensable de distinguer la première période, dite *d'euphorie*, de la période suivante, dite période de *marasme physico-psychique*.

V. Chez le morphinomane *en puissance*, la responsabilité est complète durant la période *d'euphorie*, sauf le cas où les actes délictueux ou criminels auraient pour but l'assouvissement de la passion morphinique.

VI. Chez le morphinomane *en puissance*, la rerponsabilité est nulle durant la période de *marasme physico-psychique*, mais les actes commis sous l'influence de cet état et susceptibles d'entraîner l'irresponsabilité ne sauraient jamais être que des actes de démence ou de fureur.

VII. De même chez le morphinomane *en abstinence* la responsabilité est nulle, mais ici encore les actes commis sous l'influence de cet état et susceptibles d'entraîner l'irresponsabilité, ne sauraient jamais être que des actes de démence ou de fureur.

Relativement à Marie Rémond, épouse Fiquet, je poserai les conclusions suivantes :

I. Ce n'est pas sous l'influence de la morphinomanie qu'elle a enlevé et assassiné Henriette Barbey.

II. Elle n'était pas aliénée durant la journée du 29 juin et la nuit du 29 au 30 juin, et doit être considérée comme responsable des actes commis alors par elle.

III. Les troubles nerveux et intellectuels allégués ou présentés par elle durant l'observation directe ont été tous simulés.

IV. Toutefois il importe dans l'appréciation des crimes dont elle est accusée et de sa responsabilité de tenir compte de la faiblesse de son caractère, de la mobilité de ses idées et de son manque de jugement.

Ce travail était rédigé tel qu'on vient de le lire, lorsque le défenseur de la femme Fiquet relevant une lacune de procédure passible de nullité, demanda le renvoi de l'affaire à une autre session et une nouvelle expertise médicale faite par MM. Lasègue et Charcot. La cour fit droit à ces conclusions. Les deux éminents professeurs alléguant leurs nombreuses occupations, déclinèrent la mission qui leur était offerte. Le président des assises s'adressa à M. le Dr Blanche, qui accepta. Après avoir pris connaissance de la procédure, de mon travail que je lui communiquai et après avoir longtemps observé à Paris l'accusée, il conclut (1), ainsi que je l'avais déjà fait à sa responsabilité mitigée par des circonstances atténuantes,

(1) Voy. Blanche, *Annales médico-psychologiques*, 1883.

conclusions qui ont été d'ailleurs acceptées par le jury et la cour. Après trois jours de débats contradictoires, la femme Fiquet a été condamnée à vingt ans de travaux forcés.

EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL DU Sr CHALENTON

ACCUSÉ DE MEURTRE

L'affaire de Mlle Fidelia de Monasterio, pourtant si féconde en surprises, devait avoir un épilogue absolument imprévu. On se souvient du rôle de la femme Chalenton ; vivement prise à partie par l'un des défenseurs, son auréole avait singulièrement pâli devant des révélations assez scandaleuses ; les confidences de Mlle Fidelia reproduites à l'audience, sous une forme discrète, par l'un des médecins appelés à l'examiner, avaient jeté un jour peu favorable sur des relations moins désintéressées qu'on ne l'avait supposé. La femme Chalenton fut prise d'une susceptibilité que ne semblait pas justifier son passé. Elle voulut intenter une action au médecin, ne pouvant s'en prendre à l'avocat. Mais il lui fallait le consentement de son mari pour « ester en justice. »

Or, depuis deux ans M. Chalenton ne vivait plus avec sa femme. Il avait demandé et obtenu à son profit la séparation judiciaire de corps et de biens. Il avait cru échapper ainsi à une existence que les habitudes et le caractère de sa femme avaient rendue intolérable ; il avait joui d'un calme relatif jusqu'au moment du procès Monasterio. Le réveil fut pour lui terrible, il souffrit cruellement de voir son nom mêlé à ces tristes débats ; il fut harcelé de questions, poussé à bout par des importuns qui venaient jusqu'à la maison où il était employé pour avoir de lui des

renseignements. La mesure fut comble lorsque sa femme lui envoya la demande en autorisation de poursuites. Il refusa, voulant éviter un nouveau scandale, et il se décida à aller trouver sa femme pour la prier de ne pas donner suite à son projet, et de ne pas livrer son nom à la publicité.

Que se passa-t-il au début de cette entrevue? Personne ne l'a jamais bien su : elle se termina par une violente altercation au cours de laquelle Chalenton au paroxysme de la colère, déchargea sur sa femme cinq coups de revolver et la tua.

Au cours de l'instruction, le magistrat chargé de la suivre voulut savoir si Chalenton était sain d'esprit, ou bien s'il avait été pris d'un accès subit d'aliénation mentale. M. le D[r] Descoust et nous, avons été chargés d'examiner Chalenton; nous publions notre rapport, moins pour l'intérêt de cet examen en lui-même, que pour l'incident qui survint à l'audience de la Cour d'assises, après notre déposition. Nous avons maintenu les conclusions de notre rapport; nous résumerons plus loin la discussion soulevée par M. l'avocat général, et nous expliquerons l'attitude que nous avons cru devoir prendre. Dans cette lutte, à la courtoisie de laquelle il nous plaît de rendre hommage, M. l'avocat général, absolument dans son droit, d'ailleurs, nous posa une question qui, de notre part, resta volontairement sans réponse.

[r] Les soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, commis le 14 avril 1883, par une ordonnance de M. E. Benoît, juge d'instruction près le Tribunal de première instance du département de la Seine, à l'effet de constater l'état mental du nommé Chalenton, Louis-Ernest, inculpé d'homicide volontaire, après avoir prêté serment, pris connaissance du dossier, visité ledit inculpé, avons consigné dans le présent rapport les résultats de notre examen.

Le crime dont Chalenton est accusé a été commis sans témoins; nous n'avons d'autres détails, et ils sont peu précis, que ceux qui nous sont donnés par Chalenton lui-même. Plus que sommaire

dans ses réponses sur ce point, il se retranche derrière une perte de souvenirs qui ne lui permet pas de raconter ce qui s'est passé entre sa femme et lui. Pour déterminer son état mental à ce moment, nous n'avons pas d'autre procédé que celui d'étudier les antécédents, de rechercher si, dans le passé, il y a eu ou non des troubles cérébraux ayant pu préparer et pouvant expliquer un accès de délire impulsif, ou si Chalenton a agi sous le coup d'une surexcitation passionnelle.

Ici, les détails abondent.

Chalenton, âgé de 35 ans, est né à Paris, son père et sa mère sont vivants : il a un frère et une sœur; toute sa famille jouit d'une santé parfaite. Lui même indemne de toute maladie cérébrale, n'a eu, dans l'enfance que des affections légères qui n'ont pas laissé de traces. Sa constitution n'a jamais été très vigoureuse ; dans sa jeunesse, dans l'âge adulte, il a eu souvent des troubles du côté de l'estomac et du foie; il a le teint mat, avec la coloration subictérique des individus à tempérament bilieux.

D'une intelligence moyenne, il a toujours suffi à ses fonctions d'employé comptable; il les remplissait bien puisqu'il est resté sept ans à la Compagnie des Forges de Châtillon et de Commentry; qu'il est depuis six ans chez MM. Delorme, Hannoyer et Cie. On dit même qu'il était d'une grande exactitude, d'une probité rigide, et que sa conduite n'a jamais mérité un blâme.

Il ne paraît pas avoir eu la même rectitude dans sa vie privée. Le récit qu'il nous fait de son mariage, témoigne autant de son inexpérience de la vie que de la faiblesse de son caractère. En 1876, il épousait en Allemagne une femme qui avait été sa maîtresse à Paris : « J'avais peur, dit-il, qu'elle me fît perdre ma position si je ne cédais pas à ses instances. » Cette union ne fut pas heureuse. Nous n'avons pas à reproduire ici tout ce que Chalenton nous a dit de la vie misérable qu'il a menée pendant trois ans et demi, des discussions, des scènes de violences qui ont abouti au mois de janvier 1880 à une séparation judiciaire prononcée à son profit. Mais, nous devons retenir l'expression très vive du sentiment de mépris que lui inspirait sa femme, doublé de la crainte qu'elle se livrât, comme elle l'en avait menacé, à un acte de violence sur sa personne.

Au moment du procès Monasterio, Chalenton, qui depuis longtemps n'avait plus entendu parler de sa femme, vivait tranquille. Cette quiétude fut profondément troublée par le bruit qui se fit autour de son nom, d'abord, par des démarches de toute sorte, ensuite, faites auprès de lui par des intéressés ou des curieux : « Je fus assailli, harcelé par des gens qui, tantôt pour eux-mêmes venaient me demander des renseignements, tantôt pour Mme de Monasterio venaient me parler de ma femme. Je ne pouvais aller nulle part sans qu'on me demandât si cette Chalenton dont parlaient les journaux était ma femme. J'étais dans un état d'exas-

pération continuelle qui monta encore quand je vis venir jusqu'à mon bureau des gens qui ne disaient pas leur nom. J'aurais dû taper sur ces gens-là, ce qui est arrivé ne serait pas arrivé. C'était dégoûtant ; j'étais suivi ; je suis allé me plaindre chez M. Nadaud de Buffon, le commissaire de police, il m'a répondu qu'il n'y pouvait rien. Après le procès, on m'apporta un billet et une feuille de papier timbré ; ma femme me demandait de l'autoriser à se porter partie civile contre M. le Dr L.... On me disait aussi qu'un conseiller municipal poussait à faire ce procès-là. — L'individu qui est venu me trouver n'a pas voulu me donner son nom, j'ai tout refusé. J'étais révolté d'être agacé à chaque instant ; j'étais inquiet en me souvenant des menaces de ma femme qui m'avait dit que si je ne me tuais pas, elle me jetterait du vitriol à la figure ; elle me l'avait écrit, elle me l'avait dit, qu'elle me ferait passer pour un voleur. J'avais acheté un revolver pour me défendre au besoin ou pour menacer les gens qui, sans cesse, venaient me trouver.

J'étais malade, je n'en pouvais plus, j'étais allé consulter un médecin qui m'avait dit que tant que ces tracas-là dureraient, je ne me rétablirais pas. Je ne pouvais plus manger ; j'avais faim et aussitôt que je me mettais à table, les mets me répugnaient. Je ne dormais plus que vaincu par la fatigue, j'étouffais. Je vivais dans une anxiété terrible, j'étais tremblant, voisin de la colère. C'était révoltant. Enfin, n'en pouvant plus, je me décidai à aller trouver ma femme. Je voulais la prier, la supplier de me laisser tranquille. Je fis part de mon projet à ma maîtresse qui me dit que si j'allais chez ma femme « je me laisserais séduire, que je resterais. » Cela m'exaspéra encore. Je jure que je n'avais pas d'idées de vengeance. Malheureusement quand je suis arrivé chez ma femme, il y avait un homme qui s'est enfui, j'en suis sûr. J'étouffais, je ne peux pas vous dire comment cela s'est passé : tout ce que je sais c'est que mes colères sont très violentes, je ne peux plus parler, mes idées ne me viennent plus : je croyais être plus fort, malheureusement non. »

Nous n'avons pas changé un mot à un récit que nous avons écrit presque sous la dictée de Chalenton. Les longs entretiens que nous avons eus avec lui l'ont confirmé sans y ajouter de nouveaux détails. Tout y concorde avec les réponses faites au cours de l'instruction. Ce qu'il nous disait de « ses colères terribles » appela notre attention. Nous n'avons pu relever qu'une seule de ces colères, survenue à son bureau après une discussion avec un employé. Ce qui est certain, c'est que Chalenton est d'un caractère sombre, froid, facilement irritable, d'humeur assez inégale, comme le sont si souvent les individus atteints de troubles fonctionnels de l'estomac et du foie. Il n'y a là rien qui suppose un désordre mental parallèle, et nous ne trouvons dans le passé ni conceptions délirantes, ni impulsions irrésistibles.

Mais ce qui se dégage nettement de notre examen, c'est l'état

d'agacement, d'exaspération dans lequel Chalenton a vécu pendant plusieurs semaines. Il est prouvé qu'il a reçu à son bureau de nombreuses visites qui lui étaient doublement désagréables; il craignait que ses patrons lassés ne lui retirassent son emploi; il était humilié du bruit qui se faisait autour de son nom; ce qu'on disait, ce qu'on écrivait sur sa femme rejaillissait sur lui. Il alla à la rédaction du *Petit Journal*, à celle de *La France*; et, n'ayant plus une minute de repos, il s'adressa même au commissaire de police pour l'inviter à prier sa femme de le laisser tranquille. L'apaisement se fut fait, peut-être, si celle-ci ne lui avait pas demandé l'autorisation de se porter partie civile. Elle lui disait, « qu'il y allait de l'honneur de son nom et du sien. » Il ne vit là qu'un procès nouveau, qu'un scandale de plus; il voulut s'y opposer.

Tout cela n'est pas de la folie; pas plus par notre examen direct que par l'étude des pièces de la procédure nous n'arrivons à la notion d'un trouble cérébral. Nous avons lu un très grand nombre de lettres au dossier; elles établissent une situation tendue, difficile entre les époux Chalenton avant la séparation judiciaire; elles font allusion aux griefs du mari; elles révèlent le caractère de la femme; elles expliquent même comment Chalenton a pensé à demander des conseils à un avocat de Strasbourg pour obtenir le divorce. Ce sont là des faits qui ne dépassent ni le possible, ni le permis. Nous n'avons pas le droit de pousser plus loin notre analyse; chacun réagit à sa façon contre ce qu'il suppose une atteinte portée à son honneur; le choix des moyens peut constituer une erreur ou une faute; ni l'erreur, ni la faute, ne relèvent de nos appréciations.

Pour nous, le nommé Chalenton, Louis-Ernest, n'a jamais été atteint d'aliénation mentale; l'acte qui lui est reproché n'a pas été commis sous l'influence d'une impulsion morbide irrésistible. Tout le passé de l'inculpé, aussi bien que son état actuel, protesteraient contre une pareille interprétation.

Chalenton est un homme qui, poussé à bout, est arrivé aux extrêmes de la violence par une surexcitation passionnelle.

Il doit rendre compte de ses actes à la justice.

Paris le quinze mai, mil huit cent quatre-vingt-trois.

Signé : A. MOTET, D[r] DESCOUST.

M. l'avocat général nous demanda formellement si nous considérions Chalenton comme responsable de ses actes.

Notre réponse fut celle-ci : « Nous avons évité avec le plus grand soin d'écrire dans notre rapport le mot de responsabilité. Ce n'est pas à nous qu'il appartient, dans cette affaire, de le prononcer. S'il s'agis-

sait d'un fait pathologique, si nous avions eu à examiner un homme atteint d'aliénation mentale, nous n'hésiterions pas à dire que cet homme est irresponsable de ses actes; mais, nous avons déclaré que Chalenton était sain d'esprit, nous n'avons pas le droit de nous transformer en juges du fait, c'est au jury qu'il appartient de se prononcer. »

Que savions-nous en effet, de la responsabilité morale de l'accusé? Quand les passions humaines sont en jeu, les mobiles sont tellement divers que ce serait une œuvre aussi téméraire que prétentieuse, de venir scientifiquement en discuter la valeur. Le devoir de l'expert est d'apporter dans ses dépositions la clarté, la précision, et l'impartialité les plus rigoureuses. Il ne doit jamais oublier qu'il est placé, entre l'accusation et la défense, dans une situation absolument indépendante : il ne leur doit rien de plus que l'appréciation scientifique d'un fait s'il s'agit de médecine légale générale, d'un trouble mental temporaire ou permanent s'il s'agit de médecine légale des aliénés. C'est à la clinique, et à la clinique seule qu'il doit demander ses arguments, se gardant bien d'entrer dans des considérations de psychologie où, malgré lui, il apporterait des opinions personnelles qui viendraient, non sans danger, troubler l'esprit des jurés, fournir à la controverse une occasion de battre en brèche des doctrines par des doctrines contraires. Tel n'est pas, tel ne doit pas être, à notre avis, le rôle de l'expert; s'il a vraiment conscience de sa haute mission sociale, il la remplira sans préoccupations étrangères, se bornant à dire ce qu'il sait, avouant simplement, honnêtement, ce qu'il ignore, laissant, en un mot, au jury qui n'a pas à faire connaître les motifs de ses déterminations, la liberté complète de son verdict. A. Motet.

LES FAMILLES DES ALIÉNÉS

AU POINT DE VUE BIOLOGIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'HÉRÉDITÉ DANS LES MALADIES MENTALES

Par B. BALL,

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine

et E. RÉGIS

Ancien chef de Clinique à la Faculté de Paris
Médecin résidant de la Maison de santé du Castel d'Andorte

(*Suite et fin.*) (1)

IV. — CARACTÈRES BIOLOGIQUES DES FAMILLES DE 100 NÉVROSIQUES (ÉPILEPTIQUES, HYSTÉRIQUES)

Les familles d'épileptiques et d'hystériques différant entre elles au point de vue des caractères biologiques, nous avons dû, pour les étudier séparément, subdiviser le chapitre relatif aux névrosiques en deux paragraphes distincts. Nous allons donc énumérer successivement les caractères biologiques de 50 familles d'épileptiques et de 50 familles d'hystériques.

FAMILLES D'ÉPILEPTIQUES

1° LONGÉVITÉ.

Première génération (*Grands parents*). — Sur les 200 grands-parents de 50 individus atteints d'épilepsie — d'épilepsie avec trouble mental, car nos malades ont tous été pris dans notre service de l'Asile Sainte-Anne, — il en est 162 sur l'âge desquels, au décès ou à l'heure actuelle, nous avons pu nous renseigner. Sur ces 162, 20 vivent encore, 142 sont morts. L'âge moyen de ces 142 grands-parents, pris au moment du décès, est de 66,19 c'est-à-dire de 66 ans.

(1) Voyez *Encéphale*, 1883, nos 4 et 5.

En séparant les grands-parents du *côté paternel* de ceux du *côté maternel*, on trouve :

Du côté paternel : 38 grands-pères, donnant, comme moyenne d'âge au moment de leur mort 68,23 ou un peu plus de 68 ans, et 35 grand'mères, donnant, elles, 67,06 ou 67 ans ; ce qui porte la moyenne. pour l'ensemble des grands-parents du côté paternel à 67,64, c'est-à-dire à 67 ans et demi.

Du côté maternel : 33 grands-pères donnant, comme moyenne d'âge au moment de leur mort 67,22, soit un peu plus de 67 ans, et 36 grand'mères, donnant 63,15 ou 63 ans environ, ce qui porte la moyenne, pour l'ensemble des grands-parents du côté maternel à 65,16, c'est-à-dire à 65 ans, presque exactement.

En séparant les grands-parents du *sexe masculin* des grands-parents du *sexe féminin*, on trouve, pour les premiers : 38 grands-pères paternels donnant ensemble 68,23 et 33 grands-pères maternels donnant ensemble 67,22, en moyenne, 67;72 ou un peu plus de 67 ans et demi ; pour les seconds, 35 grand'mères paternelles donnant 67,06 et 36 grand'mères maternelles donnant 63,15, ce qui porte leur moyenne d'ensemble à 65,10, c'est-à-dire à 65 ans environ.

Nous résumons ici, d'une façon générale, l'ensemble de ces résultats :

Age moyen des grands-parents réunis . .	66,19	
Côté paternel		
Grands-pères	68,23	67,64
Grand'mères	67,06	
Côté maternel		
Grands-pères	67,22	65,16
Grand'mères	63,15	
Grands-parents masculins		
Grands-pères paternels.	68,23	67,72
Grands-pères maternels	67,22	

Grands-parents féminins

Grand'mères paternelles	67,06	65,10
Grand'mères maternelles.	63,15	

En se plaçant au point de vue des cas de longévité proprement dite, on trouve que sur les 142 grands-parents dont tel a été l'âge moyen au décès, il a existé :

Nonagénaires : 3
Octogénaires : 24 — *Septuagénaires* : 50
Sexagénaires : 25 — *Quinquagénaires* : 20
Quadragénaires : 10 — *Trentenaires* : 10

Deuxième génération (*Parents*). — Sur les 100 parents de nos 50 épileptiques, 36 sont morts, 59 sont vivants encore à l'heure actuelle, 5 seulement nous sont restés inconnus.

Les 36 morts se répartissent de la façon suivante : 16 pères, donnant, comme moyenne d'âge au moment de leur décès : 45,66 ou 45 ans et demi, et 20 mères, donnant, elles, 46,71 ou 46 ans et demi environ, soit ensemble 46,18 ou un peu plus de 46 ans.

Les 59 vivants se répartissent ainsi : 33 pères, dont l'âge moyen, pris à l'heure actuelle, est de 53,50 ou exactement 53 ans et demi, et 26 mères dont l'âge moyen est de 48,05, ou 48 ans, soit ensemble 50,77, c'est-à-dire un peu plus de 50 ans et demi.

2° NATALITÉ

Troisième génération (*Frères et Sœurs*). — Sur les 50 familles d'épileptiques que nous étudions, nous avons trouvé 247 individus nés à la troisième génération, c'est-à-dire 247 frères et sœurs des malades eux compris, ce qui donne comme chiffre moyen de natalité 4,94, c'est-à-dire un peu moins de 5 naissances par famille.

Le détail, pour chaque famille, est le suivant :

Il existait	1	individu	dans	4	familles
—	2	individus	—	9	—
—	3	—	—	11	—
—	4	—	—	11	—
—	5	—	—	15	—
—	6	—	—	2	—
—	7	—	—	4	—
—	8	—	—	2	—
—	10	—	—	1	—
—	12	—	—	1	—
—	14	—	—	1	—

Quatrième génération (*Enfants*). — Sur les 50 épileptiques dont nous étudions la famille, nous avons trouvé 40 célibataires et 10 individus mariés.

Les 10 épileptiques mariés ont ensemble, à l'heure actuelle, 28 enfants, soit une moyenne de 2,80 chacun, c'est-à-dire un peu moins de 3.

3° Vitalité

Deuxième génération (*Parents*). — Sur les 100 parents de nos 50 épileptiques, il en est 95 dont le sort nous est connu.

De ces 95, 36 sont morts, 59 sont vivants, à l'heure actuelle, soit : 37,89 0/0 morts et 62,11 0/0 vivants.

Les 36 morts se composent de 16 pères et de 20 mères, soit 34,04 0/0 pères morts et 40,16 0/0 mères morttes.

Les 59 vivants se composent de 33 pères et 26 mères, soit 65,96 0/0 pères vivants et 59,84 0/0 mères vivantes.

Troisième génération (*Frères et Sœurs*). — Sur les 247 individus nés à la troisième génération dans les familles de nos 50 épileptiques, 108 sont morts et 139 sont vivants encore à l'heure actuelle, soit :

Décédés	43,90 0/0
Vivants	56,10 0/0

Les 108 morts se répartissent de la façon suivante, au point de vue de l'âge auquel ils ont succombé :

TABLEAU DE LA MORBIDITÉ

DANS LES FAMILLES DE 50 EPILEPTIQUES

	Grands-parents.	Oncles et tantes paternels	Pères.	Oncles et tantes maternels	Mères.	Frères et sœurs.	Enfants.	Total.		Total général
Vivants	20	22	33	35	26	139	9	284	Vivants.	284
Inconnus	38	»	1	»	2	»	»	41	Inconnus.	41
Mort-nés	»	4	»	»	»	12	6	22	Mort-nés ou d'affections inconnues.	128
Morts d'affections inconnues :										
De 0 a 3 ans	»	»	»	»	»	8	»	8		
Au-dessus	16	48	»	34	»	»	»	98		
Vieillesse, enfance	10	6	»	5	1	»	»	22	Morts par vieillesse, affect. chirurgicales ou par débilitation générale.	62
Accidents, affections chirurgicales, etc.	11	»	1	8	2	3	»	25		
Débilitation, misère, rachitisme, athropsie	»	9	»	3	3	»	»	15		
Convulsions, méningite	»	5	»	»	»	22	8	35	Affections cérébrales et médullaires.	51
Apoplexie, affections cérébrales indéterminées	7	2	2	»	»	»	»	11		
Paralysie cérébrale, paralysie infantile	»	[illegible]	»	»	»	»	»	5		
[illegible]	»	»	»	»	»	»	»	»		

Hypochondrie, nervosisme, excentricité, imbécillité	2	4	»	3	4	4	»	17	Nervosisme, névroses, suicide, folie.	53
Hystérie, catalepsie	3	2	»	1	3	2	»	11		
Epilepsie	2	3	»	1	1	2	»	9		
Suicide	1	2	»	»	»	»	»	3		
Chagrins, émotions. Folie	2	»	»	»	1	»	»	3		
Felie	4	3	»	1	»	2	»	10		
Affections cardiaques	6	6	»	4	2	3	»	21	Affections de l'appareil circulatoire.	31
Anévrysmes	2	1	»	»	»	»	»	3		
Hydropisie	4	2	»	1	»	»	»	7		
Phthisie	12	7	3	10	2	7	»	41	Affections de l'appareil respiratoire.	101
Affections pulmonaires diverses	16	12	1	5	»	14	»	48		
Angine, croup, asthme	3	1	»	»	»	5	3	12		
Affections intestinales diverses	8	3	»	3	1	9	»	24	Affections de l'appareil digestif.	29
Affections de la vessie, albuminurie, rétention d'urine	4	1	»	»	»	»	»	5		
Alcoolisme	8	5	7	4	»	8	»	32	Maladies générales	48
Syphilis	3	»	»	»	»	»	»	3		
Goutte	2	»	»	»	»	»	»	2		
Rhumatisme	3	1	»	2	1	»	»	7		
Cancer	2	1	»	»	1	»	»	4		
Scrofules	»	»	»	»	»	»	»	»		
Impaludisme	»	»	»	»	»	»	»	»		
Scarlatine, variole, rougeole	2	2	»	1	»	4	2	11	Fièvres éruptives, maladies aiguës généralisées.	33
Fièvre typhoïde	6	3	2	3	»	3	»	17		
Choléra	3	2	»	»	»	»	»	5		
TOTAUX	200	160	50	126	50	247	28	861		861

Morts-nés ou par suite de fausses couches.	25,95 0/0
Morts en bas âge (de 0 à 3 ans) . . .	62,03 0/0
— De 3 à 10 ans	2,70 0/0
— De 10 à 20 ans	1,00 0/0
— De 20 à 30 ans	5,62 0/0
— A un âge inconnu	2,70 0/0

Quatrième génération (*Enfants*). — Sur les 28 enfants de nos épileptiques mariés, 19 sont morts et 9 sont encore vivants à l'heure actuelle, soit :

Décédés. . . .	67,85 0/0
Vivants	32,15 0/0

Les 19 morts se répartissent de la façon suivante, au point de vue de l'âge auquel ils ont succombé :

Morts-nés ou par suite de fausses couches	19,35 0/0
Morts en bas âge (de 0 à 3 ans) . . .	61,05 0/0
De 3 à 10 ans.	19,60 0/0

4° Morbidité

Comme nous l'avons fait pour les deux grandes familles d'aliénés dont nous avons déjà exposé l'étude, nous avons réuni, dans le tableau ci-contre, les résultats fournis par la statistique relativement à la morbidité dans les familles d'épileptiques.

Nous y voyons que parmi les maladies les plus fréquentes chez les divers membres de ces familles, celles de l'appareil respiratoire tiennent de beaucoup la tête. Puis, viennent, sur un rang presque égal, les affections nerveuses et la folie, les affections cérébrales et les maladies générales ; enfin, en descendant de plus en plus par ordre de fréquence, les fièvres, les affections de l'appareil circulatoire et celles de l'appareil digestif.

En étudiant de plus près ces résultats, on voit que les maladies qu'on observe le plus souvent dans les familles d'épileptiques, sont la *phthisie pulmonaire* et *l'alcoolisme* chez les ascendants et les collatéraux, la méningite et les convulsions chez les collatéraux et les descendants.

Quant à la folie, proprement dite, elle y est relativement assez peu commune. Il en est de même de l'épilepsie, que nous n'avons rencontrée que neuf fois d'une façon certaine chez les 861 membres composant les familles de nos 50 épileptiques.

FAMILLES D'HYSTÉRIQUES

1° *Longévité*

Première génération (*Grands-Parents*). — Sur les 200 grands-parents de 50 hystériques, — hystériques avec trouble mental, — il en est 155 sur l'âge desquels, au décès ou à l'heure actuelle, nous avons pu nous renseigner.

Sur ces 155, 18 vivent encore, 137 sont morts. L'âge moyen de ces 137 grands-parents, pris au moment du décès, est de 70,85, c'est-à-dire de près de 71 ans.

En séparant les grands-parents du *coté paternel* de ceux du *coté maternel*, on trouve :

Du coté paternel : 35 grands-pères, donnant, comme moyenne d'âge au moment du décès 70,30 ou près du 70 ans et demi, et 31 grand'mères, donnant, elles 72,68, ou environ 72 ans et demi ; ce qui porte la moyenne, pour l'ensemble des grands-parents du côté paternel à 71,49, c'est-à-dire exactement à 71 ans et demi.

Du coté maternel : 33 grands-pères donnant, comme moyenne d'âge au moment de leur mort 70,37, ou un peu moins de 70 ans et demi, et 38 grand'mères donnant 68,45 ou 68 ans et demi ; ce qui porte la moyenne, pour l'ensemble des grands-parents du côté maternel à 69,41, c'est-à-dire à environ 69 ans et demi.

En séparant les grands-parents du *sexe masculin* des grands-parents du *sexe féminin*, on trouve, pour

les premiers : 35 grands-pères paternels, donnant ensemble 70,30 et 33 grands-pères maternels donnant ensemble 70,37, en moyenne 70,33 ou un peu moins de 70 ans et demi ; pour les seconds 31 grand'mères paternelles, donnant ensemble 72,68 et 38 grand'mères maternelles, donnant ensemble 70,56, ce qui porte leur moyenne d'ensemble à 70,56, c'est-à-dire à un peu plus de 70 ans et demi.

Nous résumons ici, d'une façon générale, l'ensemble de ces résultats :

Age moyen des grands-parents réunis. . .	70,85	
Côté paternel		
Grands-pères	70,30	71,49
Grand'mères	72,68	
Côté maternel		
Grands-pères	70,37	69,41
Grand'mères	68,45	
Grands-parents masculins		
Grands-pères paternels.	70,30	70,33
Grands-pères maternels.	70,37	
Grands-parents féminins		
Grand'mères paternelles	72,68	70,56
Grand'mères maternelles	68,45	

En se plaçant au point de vue de la longévité proprement dite, on trouve que sur les 137 grands-parents dont tel a été l'âge moyen au moment du décès, il a existé :

Nonagénaires : 9. — Octogénaires : 45.
Septuagénaires : 36. — Sexagénaires : 15.
Quinquagénaires : 12. — Quadragénaires : 18.
Trentenaires : 2.

Deuxième génération (*Parents*). — Sur les 100 parents de nos 50 hystériques, 43 sont morts, 53 sont vivants encore à l'heure actuelle, 4 seulement nous sont restés inconnus.

Les 43 morts se répartissent de la façon suivante :

22 pères, donnant comme moyenne d'âge au moment de leur décès, 54,54, c'est-à-dire 54 ans et demi, et 21 mères, donnant, elles, 52,20 ou un peu plus de 52 ans, soit ensemble 53,37, c'est-à-dire un peu moins de 53 ans et demi.

Les 53 vivants se répartissent ainsi : 24 pères dont l'âge moyen, pris à l'heure actuelle, est de 56,17 ou un peu plus de 56 ans, et 29 mères dont l'âge moyen est de 53,78, ou près de 54 ans, soit ensemble 54,97, c'est-à-dire environ 55 ans.

2° Natalité.

Troisième génération (*Frères et Sœurs*). — Sur les 50 familles d'hystériques que nous étudions, nous avons trouvé 292 individus nés à la troisième génération, c'est-à-dire 292 frères et sœurs des malades, eux compris, ce qui donne comme chiffre moyen de natalité 5,84, c'est-à-dire près de 6 naissances par famille.

Le détail pour chaque famille, est le suivant :

Il existait	1	individu	dans 5	familles
	2	individus	dans 4	familles
—	3	—	— 8	—
—	4	—	— 6	—
—	5	—	— 9	—
—	6	—	— 2	—
—	7	—	— 2	—
—	8	—	— 6	—
—	9	—	— 2	—
—	10	—	— 6	—
—	11	—	— 4	—

Quatrième génération (*Enfants*). — Sur les 50 hystériques dont nous étudions la famille, nous avons trouvé 29 célibataires et 21 mariées.

Les 21 hystériques mariées ont ensemble, à l'heure actuelle, 55 enfants, soit une moyenne de 2,62 chacune, c'est-à-dire un peu plus de 2 et demi.

3° Vitalité.

Deuxième génération (*Parents*). — Sur les 100 parents de nos 50 hystériques, il en est 96 dont le sort nous est connu.

De ces 96, 43 sont morts, 53 sont vivants à l'heure actuelle, soit 44,79 0/0 morts et 55,21 0/0 vivants.

Les 43 morts se composent de 22 pères et de 21 mères, soit 47,80 0/0 pères morts et 42,85 mères mortes.

Les 53 vivants se composent de 24 pères et de 29 mères, soit 52,20 0/0 pères vivants et 57,15 0/0 mères vivantes.

Troisième génération (*Frères et Sœurs*). — Sur les 292 individus nés à la troisième génération dans les familles de nos 50 hystériques 132 sont morts et 160 sont vivants encore à l'heure actuelle, soit :

Décédés. . . .	48,79 0/0
Vivants	51,21 0/0

Les 132 morts se répartissent de la façon suivante, au point de vue de l'âge auquel ils ont succombé :

Mort-nés ou par suite de fausses couches .	4,92 0/0
Morts en bas-âge (de 0 à 3 ans)	64,78 0/0
— de 3 à 10 ans.	6.33 0/0
— de 10 à 20 ans	4,92 0/0
— de 20 à 30 ans	6.33 0/0
— de 30 à 50 ans	7,80 0/0
— à un âge inconnu	4,92 0/0

Quatrième génération (*Enfants*). — Sur les 55 enfants de nos 21 hystériques, 31 sont morts, 24 sont encore vivants à l'heure actuelle, soit :

Décédés. . . .	56,35 0/0
Vivants	43,65 0/0

Les 31 morts se répartissent de la façon suivante au point de vue de l'âge auquel ils ont succombé :

Mort-nés ou par suite de fausses couches.	19,35 0/0
Morts en bas-âge (de 0 à 3 ans). . . .	64,63 0/0
— de 3 10 ans.	9,67 0/0
— de 10 à 20 ans	6,45 0/0

4° Morbidité.

Le tableau ci-contre, dressé sur les mêmes bases que les précédents, indique les caractères de la morbidité, dans les familles d'hystériques.

Il montre que les maladies les plus fréquentes, dans ces familles, sont les maladies nerveuses. Puis viennent les affections pulmonaires, les maladies générales, las maladies cérébrales, enfin les affections de l'appareil respiratoire et celles de l'appareil digestif.

En examinant de plus près ces résultats, on voit que les maladies nerveuses qui tiennent la tête, par ordre de fréquence, sont le nervosisme et l'hystérie, qui s'observent dans toutes les générations, mais deviennent de plus en plus fréquentes, à mesure qu'on descend dans les générations inférieures. L'épilepsie paraît très rare, dans les familles d'hystériques et quant à la folie, elle y est, en somme, assez peu commune.

Quant aux autres affections, elles ne présentent rien de particulier à signaler.

Comparaison au point de vue biologique des familles de névrosiques avec les familles normales et avec les autres familles d'aliénés.

Si nous comparons les résultats statistiques fournis par l'étude des familles de névrosiques avec ceux que nous connaissons déjà des familles normales et des autres familles d'aliénés, nous voyons que les familles de névrosiques présentent des caractères spéciaux qui méritent d'être signalés.

TABLEAU DE LA MORBIDITÉ

DANS LES FAMILLES DE 50 HYSTÉRIQUES

	Grands-parents.	Oncles et tantes paternels	Pères.	Oncles et tantes maternels	Mères.	Frères et sœurs.	Enfants.	Total.		Total général
Vivants	18	21	24	18	29	160	24	294	Vivants.	294
Inconnus	45	»	4	»	»	»	»	49	Inconnus.	49
Mort-nés	»	6	»	8	»	14	7	35	Mort-nés ou d'affections inconnues.	187
Morts d'affections inconnues : De 0 a 3 ans	»	»	»	15	»	22	6	43		
Au-dessus	28	41	»	37	»	3	»	109		
Vieillesse, enfance	24	4	»	5	»	»	»	33	Morts par vieillesse, affect. chirurgicales ou par débilitation générale.	100
Accidents, affections chirurgicales, etc.	8	18	2	9	1	8	»	46		
Débilitation, misère, rachitisme, athrepsie	7	3	»	6	2	3	»	21		
Convulsions, méningite	»	4	»	3	»	14	8	29	Affections cérébrales et médullaires.	44
Apoplexie, affections cérébrales indéterminées	4	2	2	1	»	»	»	9		
Paralysie cérébrale, paralysie infantile	4	»	»	»	1	1	»	6		
Paraplégie	»	»	»	»	»	»	»	»		

ypochondrie, nervosisme, excentricité, imbécillité	3	10	3	12	3	15	2	48	Nervosisme, névroses, suicide, folie.	95
Iystérie, catalepsie	2	6	»	4	9	8	»	29		
pilepsie	»	1	»	1	»	1	»	3		
uicide	»	1	1	1	»	1	»	4		
hagrins, émotions. Folie	1	3	1	3	»	3	»	11		
ffections cardiaques	9	3	1	2	1	3	»	19	Affections de l'appareil circulatoire.	28
névrysmes	2	1	»	»	»	1	»	4		
Iydropisie	2	»	»	2	»	1	»	5		
htisie	4	3	2	6	»	7	3	25	Affections de l'appareil respiratoire.	60
ffections pulmonaires diverses	10		»	4	2	3	2	26		
ngine, croup, asthme	3	2	»	1	1	2	»	9		
ffections intestinales diverses	5	6	»	5	»	5	»	21	Affections de l'appareil digestif.	28
ffections de la vessie, albuminurie, rétention d'urine	3	2	»	»	»	2	»	7		
lcoolisme	5	8	9	3	»	7	»	32	Maladies générales	52
yphilis	2	2	»	1	»	1	»	6		
outte	»	»	»	»	»	»	»	»		
humatisme	3	»	»	2	»	2	»	8		
ancer	2	»	»	2	1	1	»	5		
crofules	»	»	»	»	»	»	»	»		
mpaludisme	»	»	1	»	»	»	»	1		
carlatine, variole, rougeole	»	4	»	3	»	3	2	13	Fièvres éruptives, maladies aiguës généralisées.	26
ièvre typhoïde	2	3	»	2	»	1	1	9		
holéra	4	»	»	1	»	»	»	5		
TOTAUX	200	159	50	157	50	292	55	963		963

En ce qui concerne la *Longévité*, nous voyons tout d'abord que l'âge moyen des grands-parents d'aliénés névrosiques, sensiblement supérieur à celui des grands-parents d'individus normaux est exactement semblable à celui des grands-parents d'aliénés vésaniques. Toutefois, il y a une différence à signaler, à cet égard, entre les familles d'épileptiques et les familles d'hystériques. C'est dans ces dernières que l'âge moyen est le plus élevé puisqu'il l'emporte de plus de 4 ans sur celui qu'on trouve dans les familles d'épileptiques.

Contrairement à ce que nous avons trouvé jusqu'ici, ce sont les grands-parents du côté paternel qui fournissent la moyenne d'âge la plus élevée, et, chez les épileptiques, la moyenne d'âge des grands-parents masculins l'emporte, en outre, sur celle des grands-parents féminins.

A la génération suivante, l'âge moyen fourni par les parents est inférieur à celui que nous avons trouvé jusqu'ici, même dans les familles normales. Cette particularité est surtout frappante dans les familles d'épileptiques, où l'âge moyen des parents, au décès, est de 46 ans et demi, environ, tandis qu'il est de près de 57 ans dans les familles normales et de près de 61 ans dans les familles de paralytiques généraux.

Ce caractère, spécial aux familles de névrosiques, mais surtout aux familles d'épileptiques, doit être attribué, comme nous le verrons en parlant de la morbidité, à la fréquence, dans ces familles de maladies telles que la phthisie pulmonaire.

Les cas de longévité exceptionnelle sont beaucoup plus rares dans l'ascendance des névrosiques que dans celle des aliénés dont nous avons déjà étudié la famille, et même que dans celle des individus normaux. Ainsi, nous n'avons rencontré aucun cente-

naire parmi les parents ou grands-parents de nos épileptiques et de nos hystériques.

En ce qui concerne la *Natalité*, nous voyons que le chiffre moyen des naissances, dans les familles de névrosiques, est un peu plus élevé que dans les familles normales, surtout à la troisième génération, où il est même légèrement supérieur à celui que nous avons vu dans les familles de vésaniques. Ici encore, la moyenne est plus élevée dans les familles d'hystériques que dans les familles d'épileptiques.

A la génération suivante, le chiffre moyen des naissances est, à peu de chose près, identique à celui que nous avons trouvé jusqu'ici dans toutes les familles que nous avons passées en revue, aussi bien dans les familles d'aliénés que dans les familles normales. Dans toutes, il existe, comme moyenne d'enfants nés à la quatrième génération, un chiffre variant entre 2 1/2 et 3.

Comme nous l'avons observé à propos des aliénés vésaniques, le chiffre des individus mariés, parmi nos aliénés névrosiques est très minime, tandis qu'au contraire, le chiffre des célibataires est très élevé. Cette particularité est surtout frappante chez les épileptiques où nous avons trouvé que 10 individus mariés, sur nos 50 malades. Il faut dire qu'ici cette particularité trouve en partie son explication dans ce fait que les épileptiques dont nous avons relevé la famille étaient pour la plupart, des jeunes gens.

L'étude comparative de la *Vitalité* nous montre que d'une façon générale, elle est de beaucoup moindre dans les familles de névrosiques que dans les familles normales, surtout dans les familles d'épileptiques.

Ainsi, à la troisième génération, le chiffre de la vitalité est de 53 0/0 environ dans les familles de névrosiques, tandis qu'il est de plus de 56 et demi 0/0 dans

les familles normales. A la quatrième génération, cette différence de vitalité s'accentue encore davantage, et elle arrive à être de près de 20 0/0 en moins dans les familles d'hystériques et de près de 30 0/0 en moins dans les familles d'épileptiques.

C'est surtout au bas âge que le chiffre de la mortalité est le plus élevé, et il dépasse de beaucoup, dans les familles de névrosiques, celui qu'on trouve dans les familles normales.

L'étude de la *Morbidité*, dans les familles de névrosiques, donne des résultats différents dans les familles d'épileptiques et dans les familles d'hystériques.

Dans les premières, les maladies qui tiennent la tête, par ordre de fréquence, sont les maladies pulmonaires et en particulier la tuberculose, puis vient l'alcoolisme, en sorte que l'épilepsie paraît avoir des rapports étroits avec la phtisie et l'alcoolisme des ascendants ; quant à l'épilepsie proprement dite, on la rencontre, mais assez rarement dans l'ascendance des épileptiques et l'on peut dire que l'épilepsie ne naît pas, d'habitude, de l'épilepsie.

Les maladies nerveuses et la folie, relativement plus fréquentes dans les familles d'épileptiques que dans les familles normales, n'y sont point, pour cela, très communes. Quant aux affections cérébrales, assez rares, relativement, dans l'ascendance des épileptiques, elles deviennent, au contraire très fréquentes à partir de la troisième génération.

En résumé, on peut dire que dans les familles d'épileptiques, il n'existe pas, à proprement parler, de caractéristiques de la morbidité. Il faut se borner à constater les rapports étroits que l'épilepsie affecte avec la phthisie et l'alcoolisme chez les ascendants, avec les affections cérébrales surtout, chez les collatéraux et les descendants.

Dans les familles d'hystériques, les résultats ne sont plus les mêmes. Ici, la caractéristique de la morbidité existe bien réellement, et elle est marquée par la fréquence très considérable, à toutes les générations, non plus des affections cérébrales comme dans les familles de paralytiques généraux, non plus des maladies mentales comme dans les familles d'aliénés vésaniques, mais de maladies nerveuses, et surtout du nervosisme et de l'hystérie. Cette fréquence est assez grande et assez tranchée pour qu'il soit permis d'affirmer qu'il existe dans les familles d'hystériques une diathèse spéciale qui n'est pas la diathèse cérébrale ni la diathèse vésanique, mais la *diathèse nerveuse.*

V. — Caractères biologiques des familles de 100 alcooliques aliénés.

1° Longévité.

Première génération (Grands-Parents). — Sur les 400 grands-parents de 100 alcooliques aliénés, il en est 284 sur l'âge desquels, au décès ou à l'heure actuelle, nous avons pu nous renseigner. Sur ces 284, 25 vivent encore, 259 sont morts. L'âge moyen de ces 259 grands-parents, pris au moment du décès, est de 74, 66, c'est-à-dire d'un peu plus de 74 ans et demi.

En séparant les grands-parents du *côté paternel* de ceux du *côté maternel*, on trouve :

Du côté paternel, 68 grands-pères donnant, comme moyenne d'âge au moment de leur mort 73, 76, ou près de 74 ans, et 62 grand'mères, donnant, elles, 71, 13, ou un peu plus de 71 ans, ce qui porte la moyenne, pour l'ensemble des grands-parents du côté paternel à 72, 44, c'est-à-dire à 72 ans et demi environ.

Du côté maternel, 61 grands-pères donnant, comme moyenne d'âge au moment de leur mort 75,05, ou 75 ans, et 68 grand'mères donnant 78, 71 ou près de 79 ans ; ce qui porte la moyenne, pour l'ensemble des grands-parents du côté maternel, à 76, 88, c'est-à-dire à près de 77 ans.

En séparant les grands-parents du *sexe masculin*, des grands parents du *sexe féminin*, on trouve, pour les premiers : 68 grands-pères paternels, donnant ensemble 73, 76, et 61 grands-pères maternels, donnant ensemble 75, 05. en moyenne 74, 40 ou 74 ans et demi environ ; pour les seconds, 62 grand'mères paternelles, donnant 71, 13, et 68 grand'mères maternelles donnant 78, 71, ce qui porte leur moyenne d'ensemble à 74, 92, c'est-à-dire à 75 ans environ.

Nous résumons ici, d'une façon générale, l'ensemble de ces résultats :

Age moyen des grands-parents réunis . .	74,66	
Côté paternel.		
Grands-pères	73,76	72,44
Grand'mères	71,13	
Côté maternel.		
Grands-pères	75,05	76,88
Grands-mères	78,71	
Grands parents masculins		
Grands-pères paternels	73,76	74,40
Grands-pères maternels	75,05	
Grands-parents féminins.		
Grand'méres paternelles.	71.13	74,92
Grand'mères maternelles.	78,71	

En se plaçant au point de vue de la longévité proprement dite, on trouve que sur les 259 grands-parents dont tel a été l'âge moyen au décès, il a existé :

Centenaires : 11 — Nonagénaires : 20 — Octogénaires : 85
Septuagénaires : 71 — Sexagénaires : 27 — Quinquagénaires : 9
Quadragénaires : 32 — Trentenaires : 4.

Deuxième génération (*Parents*). — Sur les 200 parents de nos 100 alcooliques, 142 sont morts, 54 sont vivants encore à l'heure actuelle, 4 seulement nous sont restés inconnus.

Les 142 morts se répartissent de la façon suivante : 76 pères, donnant comme moyenne d'âge au moment de leur décès, 59, 82 ou près de 60 ans, et 66 mères, donnant, elles, 57, 90, ou 58 ans, soit ensemble 58, 86, c'est-à-dire près de 59 ans.

Les 54 vivants se répartissent ainsi : 22 pères, dont l'âge moyen, pris à l'heure actuelle, est de 66, 81, ou près de 67 ans, et 32 mères, dont l'âge moyen est de 64, 34, ou un peu moins de 64 ans et demi, soit ensemble 65, 57, c'est-à-dire 65 ans et demi.

2° NATALITÉ.

Troisième génération. (*Frères et Sœurs*). — Sur les 100 familles d'alcooliques que nous étudions, nous avons trouvé 710 individus nés à la troisième génération, c'est-à-dire 710 frères et sœurs des malades, eux compris, ce qui donne, comme chiffre moyen de natalité 7, 10, c'est-à-dire un peu plus de 7 naissances par famille.

Le détail, pour chaque famille, est le suivant :

Il existait	1	individu	dans	0	familles
—	2	individus	—	9	—
—	3	—	—	14	—
—	4	—	—	8	—
—	5	—	—	9	—
—	6	—	—	11	—
—	7	—	—	10	—
—	8	—	—	6	—
—	9	—	—	10	—
—	10	—	—	2	—
—	11	—	—	5	—
—	12	—	—	6	—
—	13	—	—	3	—
—	14	—	—	4	—
—	17	—	—	1	—
—	18	—	—	1	—
—	22	—	—	1	—

Quatrième génération. (*Enfants*). — Sur les 100 alcooliques dont nous étudions la famille, nous avons trouvé 57 célibataires et 43 individus mariés.

Les 43 alcooliques mariés ont ensemble, à l'heure actuelle 207 enfants, soit une moyenne de 4,81 chacun, c'est-à-dire de près de 5.

Il est bon de remarquer que sur ces 43 alcooliques mariés, 7 n'ont pas d'enfants, ce qui donne pour moyenne des 36 autres 5,75, c'est-à-dire près de 6 enfants.

3° VITALITÉ.

Deuxième génération (*Parents*). — Sur les 200 parents de nos 100 alcooliques, il en est 196 dont le sort nous est connu.

De ces 196, 142 sont morts, 54 sont vivants encore à l'heure actuelle, soit : 72, 44 0/0 morts et 27, 56 0/0 vivants.

Les 142 morts se composent de 76 pères et de 66 mères, soit 77, 55 0/0 pères morts, et 67, 34 0/0 mères mortes.

Les 54 vivants se composent de 22 pères et de 32 mères, soit 22 45 0/0 pères vivants, et 32, 66 0/0 mères vivantes.

Troisième génération. (*Frères et Sœurs*). — Sur les 710 individus nés à la troisième génération dans les familles de nos 100 alcooliques, 339 sont morts, 371 sont vivants encore à l'heure actuelle, soit :

Décédés	47,94 0/0
Vivants	52,06 0/0

Les 339 morts se répartissent de la façon suivante, au point de vue de l'âge auquel ils ont succombé.

Mort-nés ou par suite de fausses couches . .	3,83 0/0
Morts en bas âge (de 0 à 3 ans)	62,83 0/0
— de 3 à 10 ans.	5,80 0/0
— de 10 à 20 ans	7,60 0/0
— de 20 à 30 ans.	12,97 0/0

— de 30 à 50 ans.	. . . .	5,21 0/0
— à un âge inconnu	. . . .	2,75 0/0

Quatrième génération. (*Enfants*). — Sur les 207 enfants de nos 43 a'cooliques mariés, 119 sont morts, 88 sont vivants encore à l'heure actuelle, soit :

Décédés	57,44 0/0
Vivants	42,56 0/0

Les 119 morts se répartissent de la façon suivante, au point de vue de l'âge auquel ils ont succombé :

Mort-nés par suite de fausses couches. . . .	12,60 0/0
Morts en bas âge (de 0 à 3 ans)	79,83 0/0
— de 3 à 10 ans.	4,20 0/0
— de 10 à 20 ans.	3,84 0/0

4° Morbidité.

Le tableau ci-contre, qui contient les résultats obtenus par l'étude de la morbidité, dans les familles d'alcooliques, montre que, d'une façon générale, ce sont les affections cérébrales et les affections pulmonaires qu'on observe le plus fréquemment dans ces familles. Puis viennent les maladies générales et diathèses, les maladies nerveuses et mentales, enfin les affections de l'appareil digestif, de l'appareil circulatoire et les maladies aiguës.

En examinant de plus près ces résultats, on voit qu'après les affections cérébrales infantiles, qui tiennent la tête par ordre de fréquence, c'est l'alcoolisme surtout qui domine la scène ; puis vient la phthisie pulmonaire. Quant aux autres maladies telles que les névroses, l'aliénation mentale, etc,, etc., elles sont relativement, bien moins communes dans les familles d'alcooliques.

Comparaison au point de vue biologique, des familles d'alcooliques avec les familles normales et les autres familles d'aliénés.

L'étude biologique comparée des familles d'alcoo-

TABLEAU DE LA MORBIDITÉ

DANS LES FAMILLES DE 100 ALCOOLIQUES

	Grands-parents.	Oncles et tantes paternels	Pères.	Oncles et tantes maternels	Mères.	Frères et sœurs.	Enfants.	Total		Total général
Vivants	25	68	22	46	32	371	88	652	Vivants.	652
Inconnus	116	»	2	»	2	»	»	120	Inconnus.	120
Mort-nés	»	»	»	»	»	17	15	32	Mort-nés ou d'affections inconnues.	545
Morts d'affections inconnues :										
De 0 à 3 ans	»	»	»	»	»	90	43	133		
Au-dessus	85	104	»	87	»	103	1	380		
Vieillesse, enfance	52	15	»	23	10	»	»	100	Morts par vieillesse, affect. chirurgicales ou par débilitation générale.	241
Accidents, affections chirurgicales, etc.	23	7	1	16	8	14	»	69		
Débilitation, misère, rachitisme, athrepsie	12	12	»	18	10	17	3	72		
Convulsions, méningite	»	8	»	11	»	31	35	85	Affections cérébrales et médullaires.	137
Apoplexie, affections cérébrales indéterminées	6	3	11	4	3	4	»	31		
Paralysie cérébrale, paralysie infantile…	[illegible]	7	5	3	1	2	»	20		

Epilepsie	»	»	»	1	1	1	5	8	Nervosisme, névroses, suicide, folie.	63
Suicide	2	2	1	1	»	3	1	10		
Chagrins, émotions. Folie	»	»	»	2	6	»	»	8		
Felie	2	2	2	1	2	4	1	14		
Affections cardiaques	5	4	»	3	4	»	»	16	Affections de l'appareil circulatoire.	26
Anévrysmes	2	1	»	2	1	»	»	6		
Hydropisie	2	»	»	1	1	»	»	4		
Phtisie	1	5	5	8	6	19	6	50	Affections de l'appareil respiratoire.	114
Affections pulmonaires diverses	24	9	5	4	4	4	»	50		
Angine, croup, asthme	1	2	»	1	3	6	1	14		
Affections intestinales diverses	8	6	1	3	»	3	3	24	Affections de l'appareil digestif.	29
Affections de la vessie, albuminurie, rétention d'urine	1	2	1	1	»	»	»	5		
Alcoolisme	16	9	33	8	2	3	»	71	Maladies générales	88
Syphilis	2	»	»	1	»	»	»	3		
Goutte	»	»	»	»	»	»	»	»		
Rhumatisme	3	1	»	»	»	»	»	4		
Cancer	2	1	»	2	»	»	»	5		
Scrofules	»	»	5	4	»	»	»	5		
Impaludisme	»	»	»	»	»	»	»	»		
Scarlatine, variole, rougeole	»	2	»	»	»	3	»	5	Fièvres éruptives, maladies aiguës généralisées.	39
Fièvre typhoïde	4	3	1	1	»	9	»	18		
Choléra	2	1	3	2	»	5	3	16		
TOTAUX	400	277	100	260	100	710	207	2054		2054

liques et des familles que nous avons passées en revue nous montre qu'en ce qui concerne la *longévité*, la *natalité* et la *vitalité*, les résultats sont presque absolument identiques dans les familles d'alcooliques et dans les familles de paralytiques généraux.

Ainsi, l'âge moyen des ascendants d'alcooliques, au décès, est beaucoup plus élevé que dans les familles normales, et il atteint à la première génération, comme chez les paralytiques, plus de 74 ans et demi, au lieu de 65 ans et demi, chiffre qu'on trouve dans les familles normales.

De même, en ce qui concerne la *natalité*, elle est de beaucoup supérieure, dans les familles d'alcooliques à celle qu'on observe dans les familles normales, et même, elle l'emporte sur celle que nous avons indiquée dans les famille de paralytiques généraux. Ainsi, à la troisième génération, au lieu de 4 naissances et demi par famille, comme cela a lieu chez les individus normaux que nous avons observés (1), on trouve chez les alcooliques plus de 7 naissances par famille. Dans les familles de paralytiques généraux, le chiffre était déjà de plus de 6 naissances. De même, à la génération suivante, tandis que nous avons vu jusqu'ici que tous nos individus étudiés, normaux, paralytiques, aliénés ou névrosiques, avaient chacun, une moyenne de 2 et demi à 3 enfants, les alcooliques, eux, en ont tout près de 5, ce qui constitue une différence considérable.

Quant à la *vitalité*, elle est dans les familles d'alcooliques à peu près analogue à celle qu'on trouve dans les familles de paralytiques généraux, c'est-à-

(1) On admet généralement que le chiffre des naissances est en France de 3,08 par mariage. Ce résultat est obtenu par un artifice de calcul dont l'exactitude ne paraît pas rigoureuse. Mais il est certain que le chiffre de 4 1/2 donné dans le texte est trop élevé, il ne s'applique qu'à la série que nous avons observée.

dire de beaucoup inférieure à la vitalité observée dans les familles normales. Ici encore, c'est surtout dans le bas âge que la mortalité est la plus forte, et, chez les enfants des alcooliques, cette mortalité dans le bas âge atteint même des proportions extraordinaires, le chiffre de 79, 83 0/0, ce qui revient à dire que la plupart des enfants nés d'alcooliques meurent dans le bas âge, c'est-à-dire de 0 à 3 ans.

Les caractères de la *morbidité*, dans les familles d'alcooliques, rapprochent également ces familles des familles de paralytiques généraux.

C'est ainsi que chez toutes deux, ce sont les affections cérébrales qui tiennent la tête pour la fréquence. Mais, tandis que dans les familles de paralytiques généraux, cette fréquence des maladies cérébrales se montre à l'exclusion pour ainsi dire de toute autre, au point de constituer comme nous l'avons dit, la caractéristique de la morbidité, dans les familles d'alcooliques, il est deux autres affections dont la fréquence, sans être aussi grande, est également très marquée. Ces états morbides sont l'alcoolisme et la phthisie pulmonaire.

Il faut remarquer que c'est surtout chez les ascendants des alcooliques qu'on rencontre l'alcoolisme, tandis que c'est chez les collatéraux et les descendants des alcooliques qu'on observe la phthisie pulmonaire et les affections cérébrales. D'où on peut conclure logiquement que les alcooliques aliénés ne naissent ni de phthisiques, ni de cérébraux, mais, au contraire, que l'alcoolisme semble créer, chez les descendants deux prédispositions spéciales, on pourrait dire deux diathèses bien marquées, la *diathèse cérébrale*, et la *diathèse tuberculeuse.*

Quant aux autres maladies, telles que les névroses convulsives, la folie, les maladies organiques, etc., etc., elles ne présentent, au point de vue de la fré-

quence, rien de particulier dans les familles d'alcooliques.

Il est permis d'affirmer, en somme, que l'alcoolisme n'est pas en générale le fruit d'une diathèse, mais qu'au contraire l'alcoolisme conduit à une diathèse dans la descendance, ou plutôt une double diathèse, la diathèse cérébrale et la diathèse tuberculeuse.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Nous avons cherché dans cette étude à comparer au point de vue biologique les familles d'aliénés aux familles normales et nous croyons avoir montré qu'il existe à divers points de vue des différences très caractéristiques entre ces deux catégories d'individus.

Sans doute, il serait important d'élargir la base sur laquelle notre édifice est construit : ce sera plus tard le but de nos efforts. Mais jusqu'à présent ce côté de la médecine mentale avait été très imparfaitement étudié, et pour ce qui touche à la population normale les renseignements de ce genre avaient été quelque peu négligés. Il n'en est pas moins vrai que nous avons réuni un nombre déjà respectable d'observations. 400 familles d'aliénés comprenant 6,844 individus ont été comparées à 100 familles normales composées de 2,000 membres; les conclusions que nous allons formuler reposent donc sur une base déjà considérable de faits positifs.

1° La durée de la vie ou *longévité* est supérieure chez les ascendants des aliénés à celle que présentent les familles normales. C'est surtout chez les ascendants des alcooliques et des paralytiques généraux que l'âge moyen est plus élevé; il dépasse réellement les limites ordinaires et atteint des proportions remarquables.

Dans les familles des névropathes et des vésaniques la longévité est moins accentuée et tend à se rapprocher des conditions ordinaires.

On observe aussi chez les parents et surtout les grands-parents des alcooliques et des paralytiques, des cas assez fréquents de longévité exceptionnelle. Les nonagénaires et même les centenaires y sont relativement assez nombreux. Il n'en est pas ainsi chez les autres catégories d'aliénés.

2° La moyenne des naissances ou *natalité* est, d'une façon générale, plus élevée dans les familles d'aliénés que dans les familles normales. Cette moyenne étant de 4 naissances et demie par famille à la troisième génération, chez les individus normaux que nous avons observés, elle est d'un peu moins de 5 dans les familles de vésaniques et d'épileptiques, de près de 6 dans les familles d'hystériques, de 6 et une fraction dans les familles de paralytiques généraux, enfin de plus de 7 dans les familles d'alcooliques. C'est-à-dire que, dans cette génération, il naît un tiers de plus d'individus dans les familles de paralytiques que dans les familles normales, et, dans les familles d'alcooliques, près du double. D'où il suit que les paralytiques généraux et les alcooliques appartiennent, en général, à des familles très nombreuses. Il n'est pas rare, chez ces malades, d'observer des générations de 12, 15, 18 et même 20 enfants.

A la génération suivante, la *natalité* est à peu près identique dans les familles d'aliénés et dans les familles normales. C'est-à-dire que des paralytiques généraux, des vésaniques, des épileptiques, des hystériques, pris au même âge et dans les mêmes conditions que des individus normaux, ont un chiffre d'enfants analogue à celui de ces individus. Seuls, les alcooliques font exception à cette

règle, car ils ont à peu près deux fois autant d'enfants que les individus normaux et les divers autres aliénés.

3° La puissance de vie ou *vitalité* est, d'une façon générale, de beaucoup inférieure dans les familles d'aliénés à celle qu'on trouve dans les familles normales, et elle diminue de plus en plus, à mesure qu'on descend dans les générations inférieures. C'est dans les familles d'alcooliques et de paralytiques généraux que la vitalité est la moindre, dans l'ascendance; dans la descendance, c'est dans les familles d'épileptiques, puis dans celles des alcooliques et des paralytiques généraux qu'elle s'abaisse le plus. Dans les familles d'aliénés vésaniques et d'hystériques, la vitalité, quoique toujours inférieure à celle qu'on trouve dans les familles normales, tend cependant à s'en rapprocher.

L'époque de la vie ou la vitalité est la moins forte, aussi bien dans les familles normales que dans les familles d'aliénés, est le bas âge, c'est-à-dire la période comprise entre 0 et 3 ans; mais dans les familles d'aliénés, surtout dans les familles autres que celles des vésaniques, ce défaut de vitalité en bas âge s'exagère d'une façon notable, et il va, chez les descendants d'alcooliques notamment, jusqu'à entraîner une mortalité de près de 80 pour cent.

Il résulte de ce fait que si le chiffre des naissances est plus élevé, dans les familles d'aliénés, que dans les familles normales, le défaut très marqué de vitalité qu'on y observe vient, et au delà, rétablir l'équilibre; en sorte que, malgré leur chiffre élevé de naissances, les familles d'aliénés comptent, après le bas âge, une population inférieure à celle qui existe dans les familles normales.

4° *La morbidité*, c'est-à-dire la fréquence des diverses maladies, dans les familles d'aliénés, diffère

absolument de la morbidité qu'on observe dans les familles normales.

Dans les familles normales, il n'existe pas, à proprement parler, de catégorie de maladies qui se manifeste de préférence à toute autre. La morbidité y est très variée, et se partage à peu près également entre les affections des divers appareils.

Dans les familles d'aliénés, la morbidité revêt, au contraire, un cachet spécial qui frappe dès l'abord et permet de les distinguer. Les états morbides les plus fréquents, dans ces familles sont : l'*aliénation mentale*, les *maladies nerveuses*, les *affections cérébrales*, l'*alcoolisme* et la *phthisie pulmonaire.*

Ces états morbides ne s'observent pas indistinctement et avec la même fréquence dans toutes les familles d'aliénés et il convient, à cet égard, de créer des catégories spéciales.

a. — Dans les familles de *paralytiques généraux*, la caractéristique de la morbidité est l'aptitude aux maladies cérébrales qui sont extrêmement fréquentes dans ces familles. L'aliénation mentale, les névroses, l'alcoolisme et la phthisie, n'y sont pas, au contraire, plus communes que dans les familles normales. Il suit de là que la paralysie générale n'est pas une *folie*, mais une *maladie cérébrale*, et que la diathèse qui pèse sur les familles de paralytiques généraux est la diathèse cérébrale.

b. — Dans les familles d'*aliénés vésaniques*, la caractéristique de la morbidité est l'aptitude aux maladies mentales, qu'on y rencontre très fréquemment, à toutes les générations. Les autres états morbides signalés plus haut, tels que les affections cérébrales, les névroses, l'alcoolisme, la phthisie ne s'y montrent pas, pour leur part, avec une fréquence spéciale. Les familles de vésaniques constituent donc des familles d'aliénés à part, sujettes à une diathèse spéciale qu'on peut appeler *diathèse vésanique.*

c. — Dans les familles d'*épileptiques*, il n'existe pas, à proprement parler, de caractéristique de la morbidité, ou plutôt, cette caractéristique est multiple, au lieu d'être unique. Ainsi, les états morbides qu'on observe le plus fréquemment dans les familles d'épileptiques sont : à l'ascendance, la *phthisie pulmonaire* et l'*alcoolisme;* à la *descendance*, les *affections cérébrales*, surtout les *affections cérébrales infantiles.*

Quant à l'aliénation mentale, elle ne présente pas une fréquence particulière dans les familles d'épileptiques.

Enfin, l'épilepsie elle-même est relativement assez rare dans les familles d'épileptiques. Au point qu'on peut dire d'une façon générale, que l'épilepsie ne naît pas de l'épilepsie.

d. — Dans les familles *d'hystériques*, la caractéristique de la morbidité, très marquée, se manifeste par une aptitude spéciale aux maladies nerveuses, surtout au nervosisme et à l'hystérie ; en sorte qu'il existe bien réellement, dans ces familles, une diathèse spéciale qui peut être appelée la *diathèse nerveuse.*

Les autres états morbides, tels que l'aliénation mentale, l'alcoolisme, la phthisie, etc., quoique peut être plus fréquents que dans les familles normales, ne le sont pas suffisamment, cependant, pour être signalés comme caractéristiques.

e. — Dans les familles d'*alcooliques*, il n'existe pas, au moins à l'ascendance, de caractéristique de la morbidité, à part l'alcoolisme lui-même, qui s'observe avec une certaine fréquence chez les ascendants des alcooliques ; mais si l'alcoolisme ne provient pas d'une diathèse quelconque, il la crée en revanche, et cette diathèse, née de l'alcoolisme, semble se manifester, dans la descendance, par un double courant : une aptitude marquée aux affections cérébrales infantiles et à la phthisie pulmonaire.

Pour résumer, d'une manière encore plus générale, les données qui résultent de notre travail, nous dirons que les paralytiques généraux se distinguent au point de vue biologique des familles normales ainsi que des autres aliénés par une énergie vitale plus grande, qui se traduit de plusieurs manières différentes. La paralysie générale est une maladie qui frappe en quelque sorte les natures supérieures, celles qui, sous bien des rapports sont les mieux organisées; elle diffère, sous ce rapport, de l'aliénation mentale proprement dite, qui nous apparaît comme une véritable dégénérescence de l'espèce. Sous certains rapports et dans une mesure beaucoup plus faible, les familles d'alcooliques se rapprochent de celles des paralytiques généraux, mais il reste à cet égard une différence ineffaçable entre ces deux catégories d'individus. La descendance des paralytiques peut échapper aux influences fâcheuses de l'hérédité, tandis que celle des alcooliques en supporte au dernier degré les conséquences.

La différence entre les paralytiques et les vésaniques s'accentue encore mieux lorsqu'on considère les états morbides auxquels ils sont plus spécialement exposés. Au reste ils s'écartent les uns et les autres, des conditions pathologiques de la population normale.

Enfin, il est évident que, par les conditions biologiques dans lesquelles on les voit évoluer, les familles des aliénés constituent en quelque sorte une classe à part dans la population d'un pays; et plus on approfondit la question, plus on arrive à se convaincre de la différence profonde et radicale qui les sépare de leurs concitoyens. Jamais une aristocratie implantée au milieu d'un peuple conquis ne s'est plus nettement séparée par ses caractères intellectuels et physiques des populations qu'elle domine : et l'on

peut dire, en toute justice, que l'aliénation mentale constitue une véritable noblesse à rebours.

Des études plus complètes parviendront sans doute à corroborer ce point de vue général, tout en précisant les détails et en corrigeant les contours jusqu'à présent un peu vagues de l'ensemble.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR UNE FORME PARTICULIÈRE

D'AGITATION MANIAQUE

ALTERNANT AVEC DES ATTAQUES D'ÉPILEPSIE

Par M. le Dr Alex. Pâris

Interne à l'asile de Châlons-sur-Marne.

Pendant la durée de notre internat à l'asile de Maréville, nous avons observé un certain nombre d'épileptiques qui présentaient un état particulier : pendant un certain temps ils étaient en proie à une agitation maniaque souvent assez vive ; puis survenait une période de calme assez prononcé, pendant laquelle ils avaient des accès convulsifs. Ainsi deux phases dans la maladie :

1re phase : Excitation maniaque — pas d'accès convulsifs ;

2e phase : Calme — accès convulsifs.

A l'asile de Châlons, M. le docteur Bonnet, notre excellent chef de service, a appelé notre attention sur des épileptiques présentant cette même particularité.

De tous les faits que nous avons eu l'occasion de rencontrer, il résulte, pour nous, que, chez *certains épileptiques*, l'agitation maniaque peut remplacer les accès convulsifs, alterner avec eux et constituer en somme une attaque d'épilepsie de même que ces

derniers accidents. Cette agitation maniaque offre des caractères spéciaux qui, en l'absence complète de renseignements sur les antécédents de l'individu qui en est affecté, peuvent faire soupçonner l'épilepsie :

Le malade bruyant, criard, désordonné, comme le véritable maniaque, est cependant *moins incohérent ; l'intensité* de son excitation est *plus variable* et on distingue presque constamment dans ses propos des plaintes, des récriminations, des dénonciations contre les personnes qui l'entourent. Il a le plus souvent le facies de l'homme colère ; il est congestionné ; ses conjonctives sont injectées ; sa parole est parfois tremblante, sa respiration saccadée et quelquefois une véritable écume arrive sur ses lèvres. Qu'on le prenne dans ces conditions, qu'on le flatte, et fréquemment on le verra devenir émotif, se calmer momentanément et arriver à son tour à la flatterie. — Puis, au bout d'un certain temps, *huit à quinze jours environ*, le calme réapparaît et alors seulement on observe des accès convulsifs, mais les uns et les autres de ces symptômes de la névrose dont l'individu est atteint constituent au même titre des attaques d'épilepsie, et la *période d'excitation* est parfaitement susceptible de comparaison avec la *période des accès convulsifs*, ainsi que nous allons essayer de l'établir sommairement en comparant chacune des phases de l'agitation à une phase de l'attaque convulsive.

La période d'agitation maniaque présente, comme l'accès convulsif, trois phases bien tranchées.

Symptômes correspondant :

— 1° *à l'aura* : Le malade, depuis quelque temps calme, docile, laborieux, presque raisonnable, devient flatteur, émotif, demande des nouvelles des siens ; il est en proie à une espèce de besoin de mouvement, erre à droite et à gauche, semble rechercher la soli-

tude, se plaint des uns et des autres, ne peut plus fixer son attention ; il éprouve parfois différents malaises et a de l'embarras gastrique. Il reste ainsi deux ou trois jours.

— 2° *à l'accès convulsif :* (a — aux convulsions toniques) : L'agitation éclate presque subitement, violente, avec désordre complet des idées et des actes, cris, vociférations, loquacité intarissable : il n'est pas possible de l'atténuer par la flatterie, même momentanément.

(b — aux convulsions cloniques) : L'intensité de l'excitation est moins continue, moins égale ; on peut la diminuer passagèrement en semblant s'intéresser à la situation du malade, en lui faisant quelques promesses. L'incohérence est très peu marquée.

— 3° *au sommeil :* La fin de l'accès est caractérisée par de l'hébétude, de la somnolence, de la fatigue, puis des regrets : le malade fait des excuses aux personnes qui l'entourent, est désolé de les avoir faussement accusées, de les avoir injuriées ; quelques individus ne se rappellent pas avoir été agités ou n'osent pas se le rappeler. Parfois, couverts de taches ecchymotiques, ils prétendent avoir été frappés, alors qu'ils se sont contusionnés eux-mêmes pendant l'agitation. En résumé, ils ne se rendent pas compte de ce qui vient de se passer.

Ajoutons incidemment que nous n'avons pas cherché, dans cette comparaison, à représenter *le cri initial* car il n'est *jamais initial*, ainsi que nous l'a souvent fait remarquer notre ancien chef de service, M. le docteur Sizaret. L'accès d'épilepsie est déjà commencé au moment où le cri se produit ; il suffit d'observer attentivement pour s'en convaincre.

Conclusions. — L'épilepsie peut se manifester chez le même individu par l'attaque convulsive et par une agitation maniaque spéciale, qui se remplacent sou-

vent en s'excluant l'une l'autre. Et la preuve que la forme maniaque n'est qu'un accès d'épilepsie, c'est que si elle manque, pour un motif quelconque, au moment où elle doit se manifester, les attaques convulsives qui suivent sont plus violentes que de coutume ; on peut le remarquer déjà chez les épileptiques aliénés ordinaires, chez ceux dont les attaques convulsives sont précédées ou suivies habituellement de quelques jours d'agitation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3e trimestre 1883

Séance du 9 juillet. — Physiologie. — *Recherches sur la courbe de secousse musculaire des différentes maladies du système neuro-musculaire.* Note de M. MAURICE MENDELSSOHN.

Dans un travail communiqué à l'Académie des sciences dans sa séance du 11 août 1879, M. Mendelssohn s'est efforcé de démontrer combien l'examen clinique des muscles, consistant en une appréciation par la vue de la valeur de la secousse musculaire d'après le mouvement effectué par le membre exploré, est superficiel et imparfait. La méthode graphique seule nous fournit les moyens de nous rendre compte de l'état d'un muscle donné, soumis à un examen électrique, et de saisir ainsi tous ces troubles fonctionnels, passagers et imperceptibles à l'œil nu que le muscle malade doit subir en passant d'un état d'activité exagéré (convulsion) à une impuissance motrice complète (paralysie). Les nouvelles recherches de M. Mendelssohn ont été faites avec les procédés myographiques de M. Marey sur un très grand nombre de malades. Voici quelques-uns des résultats qu'il a obtenus :

« Dans *l'hémipligie de cause cérébrale*, le caractère de la courbe musculaire ne change que quand les complications surviennent. Déjà bien avant que la contracture tardive soit évidente, on peut observer quelques modifica-

tions de la courbe musculaire, se traduisant par une augmentation de son amplitude et la brusquerie de son ascension, tandis que sa descente, brusque au début, tend de plus en plus à s'allonger et ne revient à l'abscisse qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Cette courbe, qui ressemble beaucoup à celle d'un muscle vératrinisé, révèle l'*imminence d'une contracture future*, qui en ce moment-là échappe encore à l'observation clinique. L'amplitude de la courbe peut diminuer à mesure que la contracture se développe ; quand celle-ci est à son maximum, le muscle peut ne plus réagir. Jusque-là, la courbe avait conservé toujours son caractère de brusquerie, qui ne commence à disparaître que quand la contracture fait place à l'atrophie musculaire. A cette période, le temps perdu et la durée de la secousse augmentent, la contraction se fait aussi lentement que la décontraction, l'amplitude de la courbe diminue de plus en plus, et cette dernière revêt le caractère d'une courbe de muscle fatigué. »

Séance du 30 juillet. — Physiologie animale. — *Sur les nerfs vaso-dilatateurs du membre inférieur*. Note de MM. Dastre et Morat.

L'innervation des vaisseaux du membre inférieur a donné lieu à un très grand nombre de recherches, la plupart de date récente. Ludwig et ses élèves à Leipsig, Goltz à Strasbourg, Stucker à Vienne, Luchsinger et Kendall à Berne, Masins et van Lair en Belgique ; Dogiel, Putzeys et Tarchanoff, Ostroumoff, Lewaschew, parmi les physiologistes russes ; Heidenhain, Schonlein, Grützner, Bernstein et Marchand en Allemagne ; Gaskell et d'autres encore, à l'étranger, se sont attaqués à ce problème. En France, il faut signaler les travaux de Lépine, d'Onimus, de Cossy, et surtout les recherches bien connues de M. Vulpian. Les résultats de tous ces efforts ont été contradictoires. Tandis que quelques auteurs concluaient à l'existence exclusive de nerfs constricteurs pour le membre inférieur, d'autres ne trouvaient dans le sciatique que des filets vaso-dilatateurs ; d'autres enfin y reconnaissent les deux catégories d'éléments nerveux. MM. Dastre et Morat se sont proposé d'expliquer ces contradictions et de jeter quelque lumière sur cette question obscure. Ces habiles expérimentateurs sont arrivés à constater que les deux catégories de nerfs (vaso-dilatateurs et vaso-constricteurs) sont mélangés dans le sciatique. En second lieu ils ont

recherché ce que le sympathique abdominal apportait d'éléments vaso-moteurs au sciatiques et aux vaisseaux du membre inférieur. En résumé, on voit l'excitation du segment supérieur (sympathique thoraco-abdominal) provoquer une vaso-dilatation constante; le segment moyen (sympathique lombaire) provoque une vaso-dilatation moins constante; le segment inférieur (tronc sciatique) donne une vaso-dilatation plus rare encore. La signification de ces résultats n'est pas sans valeur pour l'interprétation des fonctions des ganglions sympathiques. Plus on se rapproche de la moelle, plus les vaso-dilatateurs deviennent évidents, plus ils tendent à prédominer sur leurs antagonistes. Leur action s'efface ou s'amoindrit à mesure que l'on descend vers les vaisseaux. Ils doivent se perdre dans les ganglions interposés, et ceux-ci auraient, en conséquence, pour fonction de mettre en rapport les vaso-dilatateurs avec les contricteurs pour permettre l'effet inhibitoire ou interférentiel de ces filets les uns sur les autres.

Séance du 6 août. — Physiologie pathologique. — *Nouvelles recherches sur la courbe de la secousse des muscles, dans différentes maladies du système neuro-musculaire.* Note de M. Maurice Mendelssohn, présentée par M. Marey.

Pour compléter les résultats de ses recherches communiquées à l'Académie dans sa séance du 9 juillet dernier, M. Mendelssohn ajoute que ses investigations ayant porté sur les différentes maladies du système neuro-musculaire, l'autorisent à tirer les conclusions suivantes :

« Les caractères de la courbe myographique des muscles d'un membre paralysé dans le cas d'une hémiplégie de cause cérébrale suivie de dégénérations secondaires se retrouvent dans toutes les maladies où l'on observe la contracture spamodique et l'atrophie musculaire, deux états intimement liés à des altérations profondes du faisceau latéral et de la corne grise antérieure de la moelle épinière. Ainsi, dans la *sclérose latérale amyotrophique*, qui est le type d'une affection systématique combinée de la moelle portant sur le faisceau latéral et sur la corne grise antérieure, on retrouve exactement les caractères mentionnés de la courbe myographique (1).

» Dans le *tabes dorsal spasmodique*, la courbe présente à

(1) Voir plus haut, Séance du 9 juillet 1883.

peu près les mêmes caractères que dans la contracture secondaire de l'hémiplégie cérébrale. D'autre part, l'*atrophie musculaire progressive* fournit une courbe semblable à celle de l'atrophie musculaire chez les hémiplégiques. En général, dans toutes les *paralysies amyotrophiques*, à une période plus ou moins avancée, même alors que l'atrophie dégénérative ne présente pas encore les phénomènes de la réaction de dégénérescence, on trouve toujours la secousse musculaire lente, caractérisée par une courbe allongée, traînante (durée augmentée et amplitude diminuée) comme celle d'un muscle fatigué.

» Dans la *pseudo-hypertrophie musculaire*, les parties du muscle où l'excitabilité est conservée ont une secousse très longue, l'ascension brève de la courbe est suivie d'une descente très allongée et revenant à l'abscisse avec une lenteur extrême, ce qui prouve que le muscle, après un raccourcissement relativement brusque, reste pendant un temps plus ou moins long dans un état de contraction tonique.

» Dans l'*ataxie locomotrice progressive*, on trouve des modifications de la courbe de la secousse au moment ou la parésie commence à gagner les membres ataxiques. Le temps perdu, ainsi que la durée de la secousse, augmentent alors ; la partie ascendante et la descente de la courbe s'allongent toutes les deux et l'amplitude de celle-ci diminue.

» Dans la *sclérose en plaques*, le caractère de la secousse musculaire dépend entièrement de la localisation des plaques scléreuses et sert ainsi de moyen diagnostique pour la distribution de la propagation du processus morbide dans les centres nerveux.

» La *chorée* donne une secousse brève, tandis que la *paralysie agitante*, dans ses périodes ultimes, donne une secousse prolongée, lente.

Séance du 27 août. — *Recherches sur l'innervation respiratoire ; modifications des mouvements respiratoires sous l'influence de l'anesthésie.* Note de M. LAFFONT, présentée par M. Bouley.

Plusieurs théories sont encore en présence pour expliquer l'influence des actions nerveuses sur les mouvements respiratoires.

Cl. Bernard avait déjà vu (*Leçons sur le système nerveux* t. II, p. 389), dans une expérience sur le lapin, que l'exci-

tation des deux bouts périphériques du vague produit l'arrêt de la respiration. Arloing et Tripier, François Franck ont constaté également que cette excitation était accompagnée de l'arrêt des mouvements respiratoires. Au contraire, pour Budge et Snellen, les mouvements respiratoires ne sont pas troublés dans ces conditions.

D'autre part, Longet avait dit, en 1842, que la section des nerfs récurrents est suivie d'une augmentation du nombre des respirations ; M. Paul Bert en 1870, a prouvé qu'il n'en était rien. Enfin Rosenthal (1875), constate que l'excitation des nerfs récurrents arrête la respiration en expiration.

Tel est jusqu'ici l'état de la question.

« Dans nos expériences, dit M. Laffont, nous avons pris simultanément le tracé respiratoire par deux procédés différents : 1° tracé thoracique au moyen du pneumographe de M. Marey ; 2° tracé des changements de pression intra-pulmonaire, par le procédé de M. Paul Bert qui consiste à faire respirer l'animal par l'intermédiaire d'une muselière hermétiquement appliquée, dans un récipient vaste et fermé, en rapport avec un tambour enregistreur.

« Disons d'abord que les excitations des différents nerfs (bouts centraux des nerfs vagues, nerfs laryngés, trijumeau, sciatique) nous ont fourni les mêmes résultats qu'à M. Paul Bert, c'est-à-dire l'arrêt des mouvements respiratoires, au moment même de l'excitation, quel que fût le temps de la respiration.

» Dans une seconde série d'expériences, nous avons porté l'excitation sur les bouts périphériques des deux nerfs vagues ou des deux nerfs récurrents ; nous avons obtenu sur de *vieux animaux* les mêmes résultats que Budge et Snellen, c'est-à-dire aucun trouble des mouvements respiratoires.

» Au contraire, sur de jeunes animaux, la même excitation indolore est accompagnée de l'arrêt immédiat des mouvements respiratoires, au moment même de l'excitation, soit en inspiration, soit en expiration, sur les deux tracés respiratoires. Ces différences de résultat tiennent a des différences de largeur d'orifice de la glotte intercartilagineuse, chez ces différents animaux ; suffisante chez les premiers pour assurer la fonction respiratoire, la glotte intercartilagineuse est insuffisante chez les jeunes animaux qui, ayant conscience de l'imperméabilité forcée de

l'ouverture laryngienne, suspendent d'eux-mêmes leur respiration.

» Vient-on alors à anesthésier l'animal, de façon à abolir la sensibilité, on observe, par l'excitation des deux nerfs récurrents un phénomène que seul l'examen de deux tracés intrapulmonaire et thoracique nous permet de comprendre et d'analyser : le tracé de la pression intrapulmonaire indique un arrêt instantané, provoqué par l'exclusion forcée du larynx, tandis que le tracé du pneumographe ne présente aucune modification. L'animal n'a plus conscience de l'impossibilité où il est de respirer, et comme les fibres sensibles intrapulmonaires du vague et le centre respiratoire intrabulbaire sont toujours impressionnés par le sang désoxygéné, l'animal continue à faire des mouvements respiratoires normaux. L'anesthésie a encore pour effet de modifier le type respiratoire, du moins celui des animaux qui ont le type respiratoire thoracique. En effet, dans l'anesthésie parfaite, les animaux prennent le type respiratoire abdominal, c'est-à-dire que le diaphragme suffit, par ses alternatives de contraction et de relâchement, à assurer la fonction respiratoire. Aussi, pendant l'anesthésie, le phénomène d'étranglement du thorax, signalé par M. Paul Bert, est constant.

Ces expériences nous ont encore permis d'étudier, plus exactement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, l'ordre de disparition des réflexes à mesure que l'anesthésie devient plus parfaite :

1° Disparition de la notion du moi ;

2° Abolition des réflexes de sensibilité générale (externe de Cl. Bernard) ;

3° Les réflexes de sensibilité inconsciente (interne de Cl. Bernard) disparaissent à leur tour. C. V.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séances du 3e trimestre 1883.)

Séance du 3 juillet. — *Communication* — *Du lathyrisme médullaire spasmodique*, par M. A. Proust.

M. Proust entretient l'Académie d'une affection qu'il a eu l'occasion d'observer, il y a quelques semaines, dans les montagnes de Kabylie. Cette affection règne épidémiquement depuis le commencement de l'année dernière non

loin d'Alger, dans une région assez étendue. Elle est due à l'absorption de diverses légumineuses et plus particulièrement du *lathyrus cicera*. — Le froid paraît avoir agi dans certains cas comme cause secondaire.

Chez tous les malades qu'a vus M. Proust, le début a été brusque, souvent à la suite d'une nuit froide et humide ; l'affection s'est manifestée par des douleurs de reins s'étendant souvent aux membres inférieurs quelquefois aux membres supérieurs, où on a observé en même temps un peu de tremblement. Il y a eu quelquefois de l'anesthésie des membres inférieurs, toujours de la parésie ou de la paralysie motrice, toujours de l'incontinence d'urine et souvent des troubles des organes génitaux ; puis au bout de quelques jours, quelquefois d'un mois, les malades ont pu se lever et ont présenté cette marche particulière caractéristique : le talon en l'air, le pied en extension et en adduction, avec contracture des muscles du membre inférieur, exagération des réflexes tendineux, exagération des phénomènes du genou et du pied. A ce moment, les troubles de la sensibilité n'existaient plus que chez quelques malades, et on ne constatait presque plus rien du côté de la vessie et des organes génitaux.

Enfin, ces phénomènes de contracturé ont disparu, ou au moins notablement diminué, et quelques malades qui ont présenté tout le cortège symptomatique précédemment décrit, sont aujourd'hui complètement guéris, quelques-uns sans avoir subi aucun traitement ; d'autres ont été soumis à divers moyens parmi lesquels il faut citer quelques pointes de feu le long de la colonne vertébrale, des badigeonnages avec une mixture composée de teinture d'iode et d'huile de croton. Le meilleur traitement suivant M. Proust consiste en applications révulsives le long de la colonne vertébrale et en administration de bromure de potassium à l'intérieur.

En l'absence d'examen anatomique, car jusqu'ici il n'y a encore eu aucune autopsie, comment interpréter les phénomènes symptomatiques observés.

L'explication, dit M. Proust, n'est pas impossible. Les choses se sont passées comme si on avait eu affaire au début à une myélite transverse ou à une hémorragie de la moelle, et qu'à cette lésion ait succédé une dégénérescence secondaire des cordons latéraux ; la première lésion donne la raison des accidents du début ; quant aux phénomènes

de contracture, en un mot le syndrome qui rappelle le tabès dorsal, ils s'expliquent par la dégénérescence secondaire des cordons latéraux, dégénérescence qui peut n'être pas persistante, puisque quelques malades sont guéris et un certain nombre améliorés.

Cette affection peut être désignée sous le nom de *lathyrisme médullaire spasmodique*, dénomination qui indique à la fois le rôle étiologique de la légumineuse incriminée, la détermination anatomique de l'affection et son expression symptomatique la plus saisissante.

Il incombe à l'hygiène publique et sociale dit en terminant M. Proust, de faire disparaître cette maladie d'alimentation.

Séance du 17 juillet. — M. Le Roy de Méricourt dans une longue et intéressante communication fait ressortir les analogies très grandes qui existent entre la maladie connue sous le nom de *béribéri* et celle que M. Proust décrit sous le nom de *lathyrisme*. Il y aurait donc lieu, dit M. Le Roy de Méricourt, de rechercher dans les pays où sévit le béribéri si les graines de *Lathyrus* ne font pas aussi partie de l'alimentation et, en tous cas dans les lieux où les deux maladies viendraient à sévir établir le diagnostic différentiel.

M. Proust répond à M. Le Roy de Méricourt qu'il est loin d'y avoir identité entre les symptômes du *béribéri* et les symptômes du lathyrisme.

Dans le béribéri, la myélite paraît avoir une marche ascendante.

Dans le lathyrisme, au contraire, s'il y a eu des accidents au début du côté des membres supérieurs, comme M. Proust en a vu quelques cas, plus tard, à la période d'état, la maladie est exclusivement localisée aux membres inférieurs.

L'anatomie pathologique ne vient pas non plus confirmer l'hypothèse de M. Le Roy de Méricourt. Les lésions du béribéri consistent en une méningo-myélite diffuse, et non dans des lésions systématiques comme celles du lathyrisme.

Séance du 11 septembre. — *Note sur quelques accidents provoqués par l'asphyxie par la vapeur de charbon. Les phénomènes d'inconscience, de paralysie périphérique, par le Dr Leudet, associé national.*

Chez quelques individus asphyxiés par la vapeur de charbon, il se produit avant la perte absolue de connaissance, une période assez courte d'inconscience. Aussi voit on certains individus faire des actes dont ils n'ont aucune conscience et dont ils perdent complètement le souvenir. M. Leudet cite deux cas de ce genre.

Je dois faire remarquer tout d'abord, dit le savant médecin de Rouen, que les deux individus en question avaient subi l'influence des vapeurs de charbon combinées à une certaine quantité d'air, et, permettez-moi de me servir d'une expression usitée aujourd'hui, qu'ils avaient subi l'influence d'un poison atténué.

Le premier malade était un jeune employé de commerce. Son patron vendait en même temps de la quincaillerie et des pièces d'artifices. Ces pièces d'artifices étaient conservées dans un grenier que les apprentis devaient traverser pour gagner la chambre où ils passaient la nuit. Ces chambres étaient au nombre de deux. Pendant une nuit, un incendie se développe dans le grenier contenant les pièces d'artifices ; le jeune employé est éveillé par la lueur et la fumée qui pénétrait dans sa chambre. Il se lève aussitôt, va dans la chambre contiguë, et réveille son camarade, auquel il indique la seule voie de salut, la lucarne de sa chambre et le toit, qui leur permettait de passer sur la maison voisine. Pendant que son camarade se sauve par la voie indiquée, l'employé rentre dans sa chambre, et au lieu d'exécuter le sauvetage projeté, il se cache sous son lit et y perd connaissance. C'est dans cette situation qu'il fut trouvé par un des voisins, qui put enlever ce jeune homme par le toit et lui sauver la vie. J'ai pu m'assurer de l'exactitude de ces détails. Transporté dans mon service, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, ce jeune homme en est sorti guéri, après avoir présenté les accidents d'une congestion pulmonaire hémorragique.

Le second fait a été observé sur un matelot adulte Suivant une habitude malheureusement très répandue parmi les matelots, il avait voulu le soir, au moment de se coucher, échauffer la cabine étroite dans laquelle il couchait avec plusieurs camarades, en y descendant un seau métallique contenant de la houille en ignition prise dans le foyer de son navire à vapeur. Ses deux camarades étaient déjà couchés et endormis, lorsque, vers onze heures du soir, il descendit dans la cabine le seau contenant la houille

enflammée. Cette cabine n'était fermée que par un couvercle que l'on nomme dans la marine « capot ». Les fenêtres étroites, « hublots », au nombre de deux, étaient pourvues de verres en partie brisés, et qui permettaient à une certaine quantité d'air extérieur de pénétrer dans la cabine. Le marin arrive dans son lit, ôte sa vareuse et se couche avec ses chaussures et le reste de ses vêtements, ce qui ne lui arrivait jamais. Il s'était couché vers dix heures du soir et ne fut trouvé que le lendemain vers cinq heures du matin. Comme ses compagnons, il ne reprit connaissance qu'au bout de quelques heures, et guérit rapidement.

J'ai dit que le poison auquel ces malades avaient été exposés était un poison atténué, grâce au mélange de l'air. Cette circonstance mérite d'être rappelée, car la période d'inconscience semble une atténuation de la succession si souvent rapide de la période de malaise et de celle de syncope.

La perte de conscience est réelle chez ces deux malades. Le premier individu, après son réveil, avait fait preuve de sang-froid et de volonté en songeant à préserver la vie de son camarade. Mais cet acte de conscience parfaite accompli, lui-même devient inconscient, et, au lieu de gagner la fenêtre de sa mansarde, il rampe sous son lit, où il est trouvé quelque temps après, ayant perdu complètement connaissance. Il n'avait, du reste, gardé aucun souvenir de son action.

Chez le deuxième malade, l'acte inconscient était moins frappant ; il ne consistait que dans l'omission d'une action habituelle, celle de se coucher avec la partie de ses vêtements qu'il ôtait toujours avant de se mettre au lit, ses chaussures. Lui aussi avait perdu tout souvenir de cette action.

Je crois pouvoir conclure de cette discussion que certains individus exposés à l'action du charbon en combustion, surtout peut-être quand ces vapeurs sont mélangées à une certaine quantité d'air, peuvent présenter un état momentané pendant lequel ils commettent des actions indépendantes et même contraires à leur volonté.

La connaissance d'une période d'inconscience, courte il est vrai, me semble avoir quelque importance au point de vue de la pathologie, et surtout de la médecine légale.

Les *paralysies, consécutives à l'asphyxie par la vapeur de*

charbon, sont connues depuis longtemps. Un des membres de l'Académie, M. Bourdon, publiait il y a plus de quarante ans des faits de paralysie survenue dans ces circonstances. Le plus grand nombre des observations de M. Bourdon avaient trait à des paralysies d'origine centrale. J'ai publié il y a vingt ans, des faits de névrite périphérique, occasionnant sur le trajet de plusieurs nerfs des éruptions herpétiques analogues au zôna. Depuis lors, la science s'est enrichie de faits nombreux de paralysies de même origine. Récemment encore, M. Rendu décrivait des faits de paralysie de cause périphérique.

Le fait sur lequel je désire attirer l'attention de l'Académie, c'est la possibilité de troubles nerveux d'origine périphérique, pouvant atteindre diverses régions et guérir en peu de temps.

Un matelot qui s'était enfermé, comme le sujet de l'observation précédente, dans sa cabine, après y avoir introduit un réchaud plein de charbon en ignition, y fut trouvé le lendemain sans connaissance. Apporté à l'Hôtel-Dieu, dans ma division, il ne retrouva sa connaissance qu'au bout de dix-huit à vingt heures. Deux jours après l'intoxication, alors que cet individu avait retrouvé l'intégrité de toutes ses fonctions intellectuelles, il présenta un affaiblissement moteur des extenseurs d'un avant-bras, avec diminution de la sensibilité à la piqûre dans une partie de la région postérieure de l'avant-bras, et un affaiblissement léger de la motilité des extenseurs de la jambe du côté opposé. Ces symptômes diminuèrent rapidement et permirent au matelot de quitter l'Hôtel-Dieu au bout de quatre jours et de reprendre son service à bord. La guérison fut spontanée.

Ce fait de paralysie légère s'est produit également, comme dans la plupart de ceux observés, chez un individu qui était resté exposé à une atmosphère contenant des gaz délétères. Il prouve une fois de plus, la réalité des paralysies périphériques. C. V.

SOCIÉTÉ CLINIQUE

Présidence de M. Ball

Séance du 1er semestre 1883

Séance du 25 janvier. — M. Gautiez présente un cas de *tic de Salaam ou éclampsia nutans.*

Les quelques auteurs classiques qui la mentionnent n'en font qu'une description très succincte. West lui-même, dans ses *leçons sur les maladies des enfants*, ne lui consacre que quelques lignes et dit n'en avoir observé qu'un seul cas, M. le D[r] Tordeus, de Bruxelles, qui a publié récemment un mémoire très intéressant sur cette singulière maladie, en fait l'historique complet et ajoute que l'observation qu'il publie porte à quatorze le nombre des cas de tic de Salaam connus jusqu'à ce jour. Aussi M. Gautiez a-t-il cru devoir relater avec quelques détails le cas suivant.

Marcel G., âgé de 17 mois, est né de parents dont les antécédents pathologiques ne présentent rien d'intéressant à signaler; disons cependant que la mère a été atteinte d'accidents éclamptiques assez graves pour mettre sa vie en danger lors d'un accouchement prématuré avec enfant mort-né qui remonte à cinq ans; que depuis elle a eu une deuxième grossesse, mais que l'enfant est mort pendant l'accouchement. Le sujet de notre observation n'a donc pas de collatéraux dont l'état de santé puisse fournir des renseignements.

Cet enfant a été nourri par sa mère jusqu'à onze mois; à partir de cette époque l'allaitement a été mixte et le sevrage n'a eu lieu qu'à treize mois. Quelques semaines après sa naissance il fut atteint d'un eczéma de la face, de la tête et du tronc, ezcéma qui fut très rebelle à tout traitement et ne disparut qu'à l'âge de neuf mois.

C'est aussi à cette époque que commence la dentition et qu'apparaissent pour la première fois les phénomènes étranges que nous allons décrire.

L'enfant, sans être vigoureux, a bon aspect, ses chairs sont fermes, il n'a pas de diarrhée, il est plutôt sujet à la constipation, pas de toux, pas d'affection cardiaque, et ne présente aucun signe de rachitisme. La tête est relativement grosse, les bosses frontales sont saillantes, on ne remarque ni synostose des sutures, ni asymétrie crânienne, ni arrêt de développement des fontanelles. Ajoutons qu'il paraît intelligent,

Les accès sont précédés d'une période de quelques secondes à une minute pendant laquelle l'enfant a l'air absorbé, manifeste une certaine inquiétude, mais sans agitation. Il lève les yeux et paraît fixer avec attention un objet; il pâlit légèrement, puis tout à coup, s'il tient un

jouet, il le laisse échapper et fléchit brusquement la tête sur le thorax et celui-ci sur le bassin. En même temps il lève légèrement les épaules et projette en avant ses mains renversées en arrière, comme s'il voulait prévenir une chute.

Ces mouvements s'exécutent avec une grande rapidité, se reproduisent jusqu'à trente fois de suite, mais le plus souvent seulement huit à dix fois.

Le degré de flexion de la tête et de projection des bras n'est pas toujours aussi accentué, quelquefois le mouvement n'est qu'ébauché, souvent même manque complétement, et l'enfant présente alors seulement la pâleur, la fixité du regard qui n'échappent pas à ses parents. D'autres fois au contraire, les mouvements sont assez prononcés pour que, l'enfant étant assis devant une table, son front vienne s'y frapper assez violemment.

Pendant l'accès, aucuns mouvements convulsifs ne s'ajoutent à ceux de salutations, nous avons remarqué plusieurs fois une légère dilatation de la pupille. L'enfant ne perd pas la notion de ce qui l'entoure et son attention peut être attirée par une excitation.

La respiration ne présente aucune modification, mais les mouvements du cœur sont manifestement accélérés.

Aussitôt que l'accès cesse, les yeux deviennent larmoyants, la figure exprime l'étonnement, l'enfant paraît soulagé et reprend sa gaîté.

Ces phénomènes se reproduisent en moyenne huit fois par jour, quelquefois davantage. Depuis le début de l'affection pas une seule journée ne s'est passée sans accès et leur retour ne paraît déterminé par aucune cause appréciable; ils surviennent cependant assez régulièrement peu de temps après le réveil, soit le matin, soit dans la journée.

M. Parrot, consulté par les parents de cet enfant a conseillé le bromure de potassium à l'intérieur et les frictions alcooliques sur la peau. Ce traitement n'a produit aucune amélioration.

Les symptômes que présente notre petit malade se rapportent à l'affection à laquelle Newnham donna en 1849 le nom d'*Eclampsia nutans* ou *Salaam convulsion*.

Quelle est la nature de cette maladie ?

Doit-on la considérer comme une affection particulière, ou la rattacher à l'épilepsie, ainsi que West l'a fait ? « Cette maladie, dit-il, a une grande tendance à passer à l'état

d'épilepsie confirmée et dure rarement plus de quelques semaines, sans qu'au mouvement d'inclinaison s'ajoute quelque autre mouvement convulsif. »

Nous pouvons dire pour notre part que depuis huit mois que nous voyons le malade qui fait le sujet de cette observation, nous avons toujours vu l'affection dans son type primitif, sans qu'il se soit surajouté rien qui pût faire songer à l'épilepsie. Ajoutons, d'autre part, que les antécédents de la famille sont entièrement purs de toute trace du mal comitial.

M. le professeur BALL demande s'il n'y avait aucune condition d'hérédité nerveuse dans la famille et si la santé du malade était bonne avant l'apparition des accidents.

M. GAUTIEZ. — Il n'y avait aucun antécédent héréditaire d'affections nerveuses, et la santé du sujet n'avait présenté aucun trouble.

M. le professeur BALL fait remarquer que la suite de l'observation pourra seule démontrer s'il s'agit dans ce cas de manifestations de nature épileptique.

M. DE BRUN DU BOIS-NOIR rapporte un cas de nécrose phosphorée des os de la face propagée à la base du crâne et suivie de méningite.

M. le professeur BALL communique un cas d'ischémie cérébrale. Cette observation a été publiée dans l'*Encéphale* (1).

M. MARIE, interne des hôpitaux, lit en son nom et au nom du Dr Walton (de Boston) deux observations recueillies dans le service de M. le professeur Charcot sur des malades atteints de tabès avec vertige de Ménière.

Chez la première de ces malades, l'acuité auditive était considérablement diminuée, fait qui semblait tout d'abord être une conséquence logique de l'altération probable du nerf auditif.

Mais chez la deuxième malade, l'acuité auditive était normale ou presque normale, et cependant les vertiges existaient à un degré aussi prononcé que chez la première malades. Le nerf auditif n'était donc pas atteint dans ce cas, et s'il ne l'était pas, d'où provenaient donc ces vertiges, puisque nous ne trouvions dans l'examen des membranes aucune lésion apparente ?

Pour nous rendre compte de l'état réel du nerf auditif,

(1) *Encéphale*, 1883, page 185.

nous nous sommes adressés à sa fonction, nous avons recherché si en interrogeant directement cette fonction nous la trouverions ou non altérée.

L'électrisation du nerf par la méthode de Brenner n'ayant pas donné de bons résultats, nous avons eu recours au diapason appliqué sur les os du crâne, le son parvenant ainsi au nerf auditif sans passer par les voies ordinaires de transmission.

Or, nous avons constaté que dans les deux cas le diapason était parfaitement entendu des deux côtés. Il ne pouvait donc plus être question de lésions du nerf auditif, puisque la fonction physiologique du nerf était parfaitement conservée.

Quant à la diminution de l'acuité auditive, constatée dans le premier cas, elle s'explique aisément par les altérations de la membrane du tympan et des trompes d'Eustache directement constatées.

Restent les vertiges, si le nerf auditif n'est pas atteint; à quoi faut-il donc les attribuer? — Aux lésions de l'oreille moyenne. — Mais, dans le second cas, il n'y avait pas de lésion de l'oreille moyenne, l'acuité auditive était parfaitement conservée, et cependant les vertiges existaient tout aussi intenses.

L'explication pathogénique de ces vertiges qui ne dépendent ni d'une lésion du nerf auditif, ni d'une lésion de l'oreille moyenne, nous semble aisée à donner, si, comme on l'a déjà fait en Angleterre et en Allemagne, nous voulons bien admettre l'existence d'un nerf spécial, le nerf du sens de l'espace. qui n'est pas d'ailleurs tout à fait un inconnu en France, puisqu'il y a déjà été étudié dans sa physiologie par Cyon, dans l'anatomie de son trajet intracrânien par Erlitzky (1), et dans ses origines centrales par Mathias Duval.

Séance du 9 février. — M. le professeur BALL communique à la Société une observation d'*abcès du cerveau* intéressante tant au point de vue des signes observés pendant la vie, que les lésions constatées à l'autopsie. Il y a quelque temps, dit-il, entrait à l'hôpital Laënnec, un Italien, âgé de 30 ans, et qui se plaignait surtout de maux de tête violents qu'il ressentait depuis peu de jours. A ce premier symptôme, prédominant au début, vinrent bientôt

(1) Erlitzky. *De la structure du tronc du nerf auditif.* (Archives de neurologie, t. III, n. 7).

s'adjoindre tous les signes d'une fièvre typhoïde de moyenne gravité : sensibilité du ventre et gargouillement dans la fosse iliaque droite, diarrhée, taches rosées, tuméfaction de la rate, congestion bronchique et rénale, enfin évolution caractéristique de la fièvre, tout cela ne permettait pas d'hésitation. Les choses en étaient là, et la maladie semblait marcher vers une guérison facile et presque spontanée, quand, au dixième jour du séjour à l'hôpital, se produisit brusquement une hémiplégie droite, flasque, complète, portant sur les membres et le facial inférieur, et accompagnée d'une diminution notable de la sensibilité. L'apathie du malade, sa torpeur cérébrale, très marquée dès le début de l'affection, redoublait en même temps, et, à la fin du troisième septenaire, le malade entrait en convalescence, mais restait à la fois hébété et hémiplégique. De plus il s'était développé une eschare fessière.

Il y a quinze jours, de nouveaux accidents se sont montrés ; plusieurs attaques épileptiformes sont survenues, laissant chacune, après elles une aggravation et de l'état cérébral, et de l'hémiplégie droite.

Enfin le malade tomba dans le coma et ne tarda pas à succomber.

L'autopsie permit de constater les lésions suivantes, abstraction faite des ulcérations typhiques de l'intestin, presque complètement cicatrisées du reste : dans l'hémisphère gauche du cerveau un vaste abcès central, contenant environ 60 grammes de pus phlegmoneux. Cet abcès occupait tout le ventricule latéral, en avait même par places détruit les parois, et irradiait dans les parties voisines du centre ovale. Tous les faisceaux blancs moteurs ou sensitifs de l'hémisphère gauche étaient ainsi plus ou moins sectionnés ou détruits. En outre, il existait dans le côté droit de la protubérance un petit noyau hémorrhagique produit, probablement pendant les dernières heures de l'existence, et qu'aucun phénomène clinique n'avait permis de soupçonner.

Les différents symptômes observés pendant la vie s'expliquent facilement par les lésions qui viennent d'être rapportées ; stupeur, hémiplégie, attaques épileptiformes et coma, tout cela constitue la conséquence logique d'un aussi vaste abcès cérébral.

Mais pourquoi cet abcès lui-même s'était-il développé? doit-on le considérer comme secondaire à la dothiénen-

térie ? Il est difficile de l'affirmer. Il semble plus probable d'admettre que cet Italien, dans une de ces risques si fréquentes entre gens de sa nationalité, avait reçu un coup sur la tête, et que ce traumatisme avait été le point de départ d'une suppuration lente et insidieuse.

Séance du 8 mars. — M. LAUNOIS communique deux observations de *paralysie chez les enfants.*

Séance du 12 mars. — M. LIANDIER a rencontré chez une jeune femme une *hémiplégie sans anesthésie, d'origine syphilitique et coïncidant avec des plaques muqueuses.* Il insiste sur la précocité de l'apparition de ces phénomènes nerveux, bien qu'un traitement énergique ait été institué dès le début de la syphilis.

Séance du 26 avril. — M. LEGENDRE rapporte une observation *d'intolérance pour l'opium chez une hystérique.* Cette malade a eu pour six gouttes de laudanum de l'intoxication opiacée à forme comateuse et pour 5 milligrammes de morphine, un délire avec hallucinations de la vue.

C'est un nouveau cas de cette *ataxie* thérapeutique, dont M. Henri Huchard a fait connaître les curieux effets.

M. LIANDIER se demande s'il faut rapporter à l'hystérie la sensibilité de cette malade pour l'opium : de semblables accidents peuvent s'observer chez des sujets indemnes d'hystérie.

M. LEGENDRE accorde qu'on peut les observer chez des personnes présentant cet état vague que l'on a appelé la névropathie, mais on ne les voit pas chez celles dont le système nerveux est bien équilibré.

M. le professeur BALL. On observe des faits semblables, non seulement après l'administration de l'opium qui donne des effets très variables, mais encore avec des médicaments dont l'action est bien plus certaine. D'autre part, on ne peut pas dire que tous les gens qui, sous le rapport des doses, ne rentrent pas dans les règles ordinaires soient des névropathes : il est des sujets dont le système nerveux est parfaitement équilibré, et même quelques-uns d'une intelligence remarquable, qui ne peuvent supporter la moindre dose d'opium et sont pris d'accidents trés graves ; parfois même ces accidents sont devenus mortels. Le cas qui vient d'être rapporté rentre dans la classe de ces faits, qui sont bons à enregistrer, mais ne constituent pas des symptômes de névropathie. Il faut même remarquer que

les névropathes supportent très bien l'opium, de même qu'ils supportent très bien l'alcool; d'une façon générale, ils tolèrent très bien les doses médicinales des divers névrosthéniques.

Séance du 10 mai. — M. DE GENNES communique deux cas de *paralysie du bras droit chez des malades souffrant de colique hépatique.* Tous les deux avaient de violentes douleurs au creux épigastrique et dans l'hypochondre droit, douleurs qui s'irradiaient du côté de l'épaule et du bras droit. Ces cas n'ont pas paru à M. de Gennes rentrer dans la catégorie des paralysies dites d'origine réflexe et déjà signalées dans la lithiase biliaire. Elles lui semblent au contraire être liées directement à l'irritation des nerfs sur le trajet desquels se produit la douleur.

Séance du 28 juin. — M. RUAULT fait une communication sur la *pathogénie du pouls de Corrigan*; il admet que ce phénomène dans un certain nombre de cas est dû à une diminution de l'élasticité artérielle tenant elle-même à une contraction fonctionnelle exagérée. Le fait de 'existence de ce spasme a été constaté au bout de plusieurs mois sur des animaux mis en expérience par M. Franck; ce physiologiste pense que le spasme vasculaire généralisé est sous la dépendance d'un nerf dont le trajet n'est pas encore complètement déterminé et auquel M. F. Franck a donné le nom de *nerf presseur*, nerf agissant en sens inverse du nerf dépresseur de Cyon.

M. BARTH fait remarquer tout ce qu'ont encore d'hypothétique les données qui viennent d'être exposées sur ces nerfs.

C. V.

REVUE DES JOURNAUX ITALIENS

GIORNALE DELLA REALE ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO. Avril-Juillet 1883.

PROFESSEUR MORSELLI ET Dr BUCCOLA. CONTRIBUTIONS CLINIQUES A LA DOCTRINE DE LA FOLIE SYSTEMATISÉE PRIMITIVE.

Les auteurs rapportent cinq observations longuement détaillées de l'état psychopathique qu'ils désignent sous le nom de folie systématisée primitive. Ces faits seraient décrits en France, sous le nom de *délire des persécutions*. Les auteurs déclarent d'ailleurs (p. 232) que neuf fois sur

dix, cette forme d'aliénation mentale est fondée « sur le développement du délire des persécutions. » C'est la première forme.

Vient en second lieu le délire des grandeurs, « qui s'associe ordinairement au précédent, mais qui peut aussi exister isolément, quoique avec beaucoup moins de fréquence que ne l'ont admis certains aliénistes... Sans doute, il peut exister d'autres formes symptomatiques de la folie systématisée primitive, mais nous devons les regarder comme de simples variétés. »

Il est donc évident que le type de délire décrit par les auteurs italiens rentre presque absolument, d'après leur propre témoignage, dans ce que nous appelons, en France, le délire des persécutions.

Les observations cliniques, très remarquables et très détaillées, que renferme ce travail, nous paraissent plus intéressantes que la partie théorique et doctrinale, qui réflète avec une fidélité peut-être excessive, les idées de l'École allemande.

Nous préférons en général les auteurs originaux à leurs copistes.

Ce n'est pas sans étonnement que nous lisons dans les premières pages de ce travail les lignes suivantes (p. 217) :

« Nous démontrerons par les faits cliniques combien « est erronée la conception formulée et soutenue pendant « bien des années par l'École psychologique française, que « chez ces fous (les monomaniaques) la lésion est limitée « à une seule des prétendues facultés psychiques : au con- « traire, la vie mentale tout entière du sujet se transforme « complètement sous l'influence du délire. »

Ce n'est point à des lecteurs français qu'il est nécessaire de rappeler, que la démonstration dont il s'agit, a été faite il y a plus de trente ans par FALRET père, avec une vigueur de logique et une puissance d'observation qu'il serait difficile de surpasser.

Ce n'est pas à des aliénistes français qu'il est nécessaire d'apprendre, que depuis longtemps les idées d'Esquirol sur la monomanie sont complètement abandonnées en France. Cela soit dit sans manquer de respect à la mémoire de ce grand observateur, dont la gloire est au-dessus de toute atteinte.

PROFESSEUR GAMBA. RAPPORT SUR L'ENDÉMIE DE CRÉTINISME ET DE GOITRE CONSTITUTIONNEL DANS LES VALLÉES DE LA PROVINCE DE TURIN.

Cet excellent rapport, rempli de chiffres et de renseignements du plus haut intérêt, aboutit à la désolante conclusion « qu'il n'existe aucun remède vraiment efficace, « soit administratif, soit thérapeutique, qui puisse extir- « per la plaie de l'endémie du crétinisme et du goître. »

PROFESSEUR LOMBROSO ET D[r] MARRO. DES GERMES DE LA FOLIE MORALE CHEZ LES ENFANTS.

Dans cet intéressant travail, fondé sur plusieurs centaines d'observations, les auteurs étudient les premiers indices de l'insanité morale chez les très jeunes enfants. Ils passent en revue la colère, la vengeance, la jalousie, le mensonge, l'absence de sens moral, et les autres défauts qu'on peut observer dans le jeune âge. Ils étudient avec un grand soin les déformations physiques que présentent soit les enfants « *mal nés*, » soit les criminels ; et ils arrivent à la conclusion que, chez les sujets qui apportent en naissant une mauvaise organisation morale, l'éducation est sans aucune influence, car les sujets sont absolument incorrigibles.

D[r] MARRO ET PROFESSEUR LOMBROSO. LES AMBIDEXTRES PARMI LES FOUS ET LES CRIMINELS.

D'après les auteurs, les fous et les criminels sont beaucoup plus souvent ambidextres que les sujets normaux.

La proportion serait de 13,9 0/0 à 4,3 pour les hommes; et de 22 0/0 à 5,8 pour les femmes.

D'après Poteri et Lombroso, l'analgésie et l'anesthésie seraient très fréquentes chez les criminels, et les sujets atteints d'insanité morale.

D[r] PASSERINI. RECHERCHES SUR LA FRÉQUENCE DE CERTAINS CARACTÈRES DE DÉGÉNÉRESCENCE CHEZ LES ALIÉNÉS.

Ces caractères, d'après l'auteur, se rencontrent plus spécialement chez les aliénés héréditaires.

LA PSICHIATRIA. Naples, 1883. Fasc. : 3.

D[r] CANTARANO. CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DE L'INSTINCT SEXUEL INTERVERTI.

L'auteur rapporte une observation d'instinct sexuel perverti chez une jeune femme, saine d'esprit sous tous les autres rapports. Il fait observer que les cas de ce genre sont beaucoup plus rares chez les personnes du sexe féminin. Il se livre ensuite à quelques considérations psychologiques et médico-légales sur ce désordre spécial, au point de vue de son origine et de ses conséquences.

PROFESSEUR NICOLUCCI. LE CERVEAU DE L'HOMME CONSIDÉRÉ AU POINT DE VUE ANTHROPOLOGIQUE.

L'auteur donne comme poids moyen du cerveau de l'homme européen le chiffre de 1,331 grammes; celui de la femme serait de 1,189 grammes. Cette différence ne résulte pas de l'inégalité de la taille, mais de l'organisation générale des deux sexes.

Le poids et le volume du cerveau offrent de très grandes différences dans les diverses races. Seules, les populations européennes, depuis la mer Blanche jusqu'aux Iles Britanniques, offrent un type cérébral commun.

Les grands cerveaux, quand ils sont restés sains, sont pour l'ordinaire le siège d'une haute intelligence. Mais cette règle n'est point absolue, car les cerveaux d'un volume ordinaire peuvent être doués de facultés supérieures, quand ils sont bien conformés, ce qui prouve que la structure et l'organisation de l'encéphale ont plus d'importance que son volume et son poids.

PROFESSEUR BIANCHI. VERTIGE LARYNGÉ.

L'auteur rapporte une intéressante observation de vertige laryngé, et la rapproche des faits déjà connus. Ce travail n'étant pas terminé nous en remettons l'analyse à une époque ultérieure.

ARCHIVIO ITALIANO PER LE MALATTIE NERVOSE, etc.

PROFESSEUR VERGA. TUMEURS ADIPEUSES SUR LES ÉMINENCES TESTES.

Chez une paysanne de 24 ans, atteinte de fièvre gastrique et d'accidents épileptiformes, et qui mourut rapidement, on trouva trois petits *lipômes* au niveau des *testes*. Le cervelet était ramolli à la surface, et le corps rhomboïdal était d'un jaune foncé. L'auteur croit devoir rapporter ces lésions à la pellagre.

D[r] PASSERINI. UN CAS DE DÉMONOMANIE AVEC ACCÈS PÉRIODIQUES D'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE.

D[r] MAJORFI. DÉLIRE AIGU DES ALIÉNÉS A FORME MÉLANCOLICO-STUPIDE.

Ce mémoire, fondé sur six observations, présente une description fort étendue de la maladie.

L'auteur considère les lésions qu'on rencontre à l'autopsie comme insuffisantes, pour expliquer les symptômes observés, et croit que la nature de cette maladie est une énigme.

IL PISANI. ORGANO DEL MANICOMIO DI PALERMO. Année III.

Dr BRANCALEONE RIBAUDO. DE LA FOLIE MORALE.

L'auteur consacre une étude longue et fort approfondie l'étude de la folie morale. Il formule les conclusions suivantes : l'insanité morale existe réellement; mais dans certains cas elle n'est qu'un symptôme d'une maladie mentale préexistante : dans d'autres cas, elle constitue par elle-même une entité morbide prédominante.

PROFESSEUR SALEMI-PACE. LETTRE A M. LE PROFESSEUR VERGA SUR L'OICOPHOBIE.

Dr FEDERICI. POULS EXCESSIF PAR FRÉQUENCE ET PAR LENTEUR.

La fréquence excessive du pouls se présente tantôt sous forme d'accès, tantôt sous une forme permanente. La première forme se rattacherait à des lésions matérielles des nerfs ou des centres accélérateurs : la seconde, à des troubles fonctionnels du système nerveux.

La lenteur extrême du pouls s'accompagne de certaines modifications dans le tracé sphygmographique, et surtout de l'absence de dicrotisme.

L'abondance des matières nous oblige à remettre au prochain numéro l'analyse des deux derniers fascicules de la RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIATRIA, qui contient plusieurs mémoires intéressants, et entre autres un magnifique travail (non encore terminé) de M. le professeur GOLGI, sur l'anatomie fine des centres nerveux. G. V.

THÈSES DE DOCTORAT

SUR LES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

Année scolaire 1882-83

PARIS

SAMSOEN. Etude sur la paralysie saturnine. — CASTANG. De la marche du délire chronique. — PUTNAM. Recherches sur les troubles fonctionnels des nerfs vaso-moteurs dans l'évolution du tabes sensitif. — THÉBAULT. Étude clinique sur le tremblement sénile. — FERRAND. Les épileptiques considérés au point de vue médico-légal. —

LECUYÉ. Alcoolisme et strychnine. — RABEC. De la suppuration en général et des parotidites suppurées en particulier, au point de vue de l'évolution de certaines maladies mentales. — MABIT. De la manie chronique à forme rémittente. — T. H. HAY-MARGIRANDIÈRE. Contribution à l'étude de quelques troubles trophiques de l'ataxie locomotrice (chute spontanée des dents et des ongles). — BRUNET. Étude clinique et physiologique de l'état d'opportunité de contracture. — DENIAU. De l'hystérie gastrique. — REPÉRÉ. Des manifestations hystériques simulant le rhumatisme cérébral. — BALACAKIS. — Des lésions aortiques chez les ataxiques. — VERDAU. Essai sur la pathogénie du crétinisme. — GÉRENTE. Le délire chronique, étude clinique. — GOUGELOT. Du tremblement. — LHIRONDEL. Quelques points d'étiologie sur la maladie de Parkinson. — BONIEUX. De la chute des ongles et des douleurs névralgiques dans l'ataxie locomotrice et le diabète. — JACQUEMIN. De l'élongation nerveuse dans l'ataxie et les affections médullaires. — FRANÇOIS. Quelques considérations sur les gommes de l'encéphale.— DELANEF. Essai sur l'étiologie de l'épilepsie tardive. — GAULTIER DE BEAUVALLON. Essai sur les hallucinations. — PINARD. De la pseudo-fièvre hystérique. — MILITCHEVITCH. Considérations sur les troubles trophiques des ongles dans quelques maladies des centres nerveux. — BOUICLI. Des anomalies et des formes frustes de la sclérose en plaques disséminées. — RAULLET. Essai sur la migraine ophthalmique. — GUILPEMIN. — Essai sur la valeur des signes de la guérison chez les aliénés. — RESPAUT. Du délire épileptique. — BRISSON. Étude sur la sciatique blennorrhagique. — MILAN. VASSICTH. Étude sur la chorée des adultes.— TRILHE. Contribution à l'étude de la péri-encéphalite et de son traitement. — REDDON. Contribution à l'étude des troubles cérébraux consécutifs à la dothiénenterie. — SIMON (Charles). Des paralysies névralgiques, troubles trophiques et vaso-moteurs survenant sous l'influence de l'intoxication par le gaz oxyde de carbone. — MANGHON. De la syphilis cérébrale précoce. — FRANCESCHI. Du pemphigus chez les hystériques. — GAUTHIER. De la démence précoce chez les jeunes aliénés héréditaires. — DELIGNY. Contribution à l'étude des ostéophytes de la dure-mère dans la pachyméningite (pachyméningite-ostéo-membraneuse. — Mlle BENOIT. Paralysie spinale-infantile. — VIVIEN. Essai

sur les tumeurs de là voute du crâne constituées par un liquide céphalo-rachidien. De la céphalhydrocèle traumatique. — GREGOIRE, De la paralysie faciale chez les diabétiques. — GRÉGOIRE (Théodore). Considérations sur quelques points de la paralysie générale. — ALBESPY. Des lésions de l'orifice mitrale chez les ataxiques. — CAIX. Eclampsie puerpérale précoce. — JUBINEAU. Etude sur le tabes dorsal spasmodique. Sclérose primitive des faisceaux latéraux. — CLAMENT. — Du suicide dans quelques formes d'aliénation mentale.

NOUVELLES

Attentat contre M. le docteur Rochard commis par un aliéné. — Notre excellent et sympatique collègue M. le docteur Jules Rochard, vient d'être victime d'un attentat qui a vivement ému le monde médical et qui a même triomphé de l'indifférence habituelle du public en pareil matière. Il y a quelques semaines, en rentrant chez lui, M. Jules Rochard, en plein Champs-Elysées, fut frappé d'une balle qui atteignit le poumon gauche. Le meurtrier s'est enfui et l'on se perdait en conjectures sur la cause d'une agression aussi imprévue, lorsqu'on apprit que l'auteur du crime était un aliéné. Cet individu, après s'être évadé de Ville-Evrard, avait formé le projet de tuer M. Lockroy, député et rédacteur du *Rappel* qui, heureusement pour lui, se trouvait absent de Paris. Les voix qui persécutaient notre homme lui crièrent alors de tuer quelqu'un ; il tira donc sans aucune espèce de motif sur le premier passant qui s'offrit à ses coups. Il est venu se dénoncer lui-même il y quelques jours.

Ce crime, venu après plusieurs autres attentats du même genre, semble avoir quelque peu modifié les tendances de l'opinion et peut-être aura-t-il un ressentiment salutaire sur la discussion de la nouvelle loi soumise aux délibérations des chambres. Il s'agit en effet d'un intérêts public et d'un intérêt des plus pressants.

Nous sommes heureux d'ajouter que M. Rochard peut être considéré comme absolument hors de danger. B. B.

Meurtre commis par un aliéné. — M. Basile Morel, secrétaire de la direction de l'asile de Fains (Meuse), vient d'être tué par un aliéné.

S'étant mis avec un infirmier à la poursuite d'un malade évadé il reçut de ce dernier un coup de couteau dans l'abdomen au moment ou il le maintenait pour lui faire mettre la camisole de force.

Election à l'Académie des Sciences. — Dans la séance du 12 novembre l'Académie a élu M. le professeur Charcot, membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie.

Concours pour la nomination à six places vacantes d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Ville-Evrard et Vaucluse). — Le lundi 3 décembre 1883, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1, à Paris, un concours pour la nomination à 6 places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, bureau du Personnel, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 1er jusqu'au samedi 17 novembre 1883 inclusivement.

Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir. — Pourront concourir à l'internat en médecine dans les asiles de Sainte-Anne, Ville-Evrard et Vaucluse, tous les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions et âgés de moins de trente ans révolus, le jour de l'ouverture du concours.

Chaque candidat, pour être admis au concours, doit produire les pièces ci-après : — 1o Un acte de naissance; — 2o Un extrait du casier judiciaire; —3o Un certificat de vaccine; — 4o Un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions en médecine; — 5o Un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de sa commune ou le commissaire de police de son quartier.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes, ou qui ne serait pas accompagnée de toutes les pièces ci-dessus désignées, ne sera pas accueillie.

Les épreuves du concours aux places d'interne en médecine sont réglées comme il suit :

Épreuve d'admissibilité. — 1o Une épreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux.

Cette épreuve pourra être éliminatoire si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Épreuve définitive. — 2o Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation.

Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour l'épreuve écrite. . . . 30 points.
Pour l'épreuve orale . . . . 20 points.

Le sujet de l'épreuve écrite est le même por tous les candidats.

Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le Jury.

Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le Jury avant l'ouverture de chaque séance.

L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance.

Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance.

Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale).

Les premiers reçus au concours sont nommés internés titulaires (1).

La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans.

Les internes titulaires reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement annuel fixe de huit cents francs à l'asile Sainte-Anne et de mille cent francs aux asiles de Ville-Évrard et de Vaucluse.

La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le Jury d'examen. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes un séjour d'au moins une année sur trois dans un des services de l'asile Sainte-Anne, situé dans l'enceinte de Paris.

Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service.

Tout interne titulaire est autorisé à passer sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination.

Paris, le 15 septembre 1883,

Le Préfet de la Seine, OUSTRY.

(1) Il sera nommé à la suite du concours et dans l'ordre de mérite, six internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement. — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er janvier 1883. — Les internes provisoires pourront se représenter aux concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée.

L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

FIN DE LA TROISIÈME ANNÉE

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE

SAINT-QUENTIN. — IMPRIMERIE J. MOUREAU ET FILS.



v.3
1883
L'Encéphale.
9036
9036
University of
Hospitals

